Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

A Política Nacional de Saúde Bucal
em municípios da Região Metropolitana de São Paulo,
na primeira década do século XXI

Luiz Vicente Souza Martino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2011

**A Política Nacional de Saúde Bucal
em municípios da Região Metropolitana de São Paulo,
na primeira década do século XXI**

Luiz Vicente Souza Martino

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública.**

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Luiz (*in memorian*) de quem sinto tanta falta, porém sua ausência é mais pungente em momentos como este, quando mais uma etapa da vida é vencida; nestes momentos “Meu Velho” abria um sorriso que valia mais que qualquer presente! Aproveito o mesmo parágrafo e dedico este trabalho à minha mãe Wilma amiga, companheira, exemplo de carinho, fortaleza e de como levar a vida; “Minha Velha” não pára!

À minha esposa Renata, meu porto seguro e mulher da minha vida, pelo amor e dedicação; esteve comigo nos momentos mais difíceis me incentivando e graças a ela e ao seu apoio concluo mais esta etapa de minha vida!

Aos meus queridos e amados filhos, Vitor e Ana Beatriz, por quem tanto esperei, mas valeu à pena, eles são minhas alegrias na vida e meu motivo para tocar em frente! Certamente tudo que faço na vida é pensando neles!

Ao meu irmão Fausto pelo amor, carinho e amizade; também por suas orientações e conselhos prestimoso nos momentos delicados; foi fundamental para a conclusão deste trabalho!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Paulo Capel Narvai pela confiança, criteriosa orientação e constante simpatia e atenção.

Aos Professores Paulo Frazão e Regina Marques pelos preciosos conselhos durante a Qualificação do Projeto de Pesquisa e Pré-banca da Dissertação.

À Professora. Marta Arretche pelo exemplo de generosidade, cuidado e por abrir os caminhos desta pesquisa.

Ao Professor Carlos Botazzo por me apresentar o mundo da pesquisa científica.

Ao Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por me permitir cursar esta Pós-graduação com todo apoio e liberdade.

Ao Serviço Social do Comércio de São Paulo por permitir, sempre que solicitei, a flexibilidade de meus horários de trabalho para a conclusão deste Mestrado.

Ao Sr. José e à Dona Cida pela ajuda e carinho indispensáveis.

Ao meu grande amigo e “irmão” Luis Cherubini, companheiro e conselheiro de todas as horas, pela amizade incondicional.

A todos os colegas desta Pós-graduação, especialmente à Grasi e à Keila pela delicadeza e carinho que me dispensaram.

Aos meus companheiros e companheiras de batente do SESC Odontologia, principalmente o pessoal do período da noite do 7º andar, Luis Augusto, Celso, Iraci, Renata e companhia por tornar meu terceiro turno de trabalho bem mais agradável.

“Difícilimo acto é o de escrever, responsabilidade das maiores, basta pensar no extenuante trabalho que será dispor por ordem temporal os acontecimentos, primeiro este, depois aquele, ou, se tal mais convém às necessidades do efeito, o sucesso de hoje posto antes do episódio de ontem, e outras não menos arriscadas acrobacias, o passado como se tivesse sido agora, o presente como um contínuo sem princípio nem fim, mas, por muito que se esforcem os autores, uma habilidade não podem cometer, pôr por escrito, no mesmo tempo, dois casos no mesmo tempo acontecido.”

(José Saramago – A Jangada de Pedra, 1986)

RESUMO

Martino LVS. A política nacional de saúde bucal em municípios da região metropolitana de São Paulo, na primeira década do século XXI. São Paulo, 2011 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Na transição do regime autoritário para o Estado democrático de direito, consagrado na Constituição de 1988, o federalismo brasileiro passou a descentralizar as políticas públicas, atribuindo aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a sua co-gestão. No campo da saúde, uma característica inovadora nesse período foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento de processos participativos de gestão e controle das políticas. Este trabalho analisa o caso da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que, aprovada pelos conselhos nacionais de saúde, de secretarias estaduais e municipais de saúde, passou a integrar o Plano Nacional de Saúde (2004). O estudo aborda a implementação de Programas de Saúde Bucal, autonomia decisória municipal frente à PNSB, os mecanismos de coordenação da PNSB e suas características de alocação de recursos nos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Foram utilizados dados secundários, disponíveis em bancos de dados de acesso público, no período de 2006 a 2009, concentrando-se a análise no indicador “Primeira Consulta Odontológica Programática” (PCOP) no SUS, empregado para avaliar o acesso à assistência odontológica. As características do acesso bem como a adesão à PNSB foram analisadas buscando-se verificar possíveis associações com o porte do orçamento municipal, aferido pelas receitas disponíveis, PIB per capita, despesa total com saúde e filiação partidária do prefeito. Constatou-se que em 21 municípios houve tendência de diminuição nos valores do PCOP. Em 18 municípios houve tendência de alta no PCOP. Em 11 municípios a média do PCOP registrou valores acima do registrado para o estado de São Paulo (10,43%) de 2006 a 2009. Em relação à implementação das Políticas de Saúde Bucal, constatou-se ausência de correlação entre o acesso aos serviços de Saúde

Bucal e PIB *per capita*, Receita Disponível *per capita* e Despesa Total com Saúde. Quanto à adesão à PNSB, 10 cidades não o fizeram. Não houve correlação entre adesão à PNSB e riqueza municipal e capacidade de gasto dos municípios. A adesão à PNSB ocorreu na totalidade dos municípios (sete) em que o prefeito era filiado ao Partido dos Trabalhadores, o mesmo do Presidente da República, em 2004. Além do fato de os municípios terem suas prioridades para as políticas públicas, deve-se considerar que, previamente ao surgimento da PNSB, tinham suas próprias definições para intervenção nessa área. Em tais situações, implementar a PNSB implica reorientações que podem colidir com suas possibilidades e suas agendas. O fato de a PNSB ser financiada com base em incentivos financeiros específicos para essa modalidade assistencial, transferidos da União, e também dos Estados, para os Municípios poderia exercer influência como indutor da adesão à PNSB, porém o cálculo dos governos municipais não levou só esta variável em consideração. Além disso, mesmo quando não há colisão de diretrizes e os incentivos federais não geram dilemas quanto ao que fazer, reorientações em práticas sociais requerem tempo e recursos até que seus efeitos sejam sentidos. Neste estudo constatou-se que na RMSP, sob os critérios adotados, a PNSB encontrou constrangimentos expressivos para se implantar e consolidar, com os incentivos federais não sendo suficientes para alterar a situação vigente na região.

Descritores: Política Nacional de Saúde; Saúde Bucal; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas.

SUMMARY

Martino LVS. The National Policy of Oral Health in municipalities in the Metropolitan Region of São Paulo, in the first decade of the 21st Century. São Paulo, 2011 [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

In the transition from authoritarian rule to the democratic State of law, as enshrined in the Constitution of 1988, the Brazilian federalism began to decentralize the public policies, attributing to the States, municipalities and the Federal District its co-management. In the field of health, an innovative feature in this period was the creation of the Unified Health System (SUS) and the development of participatory processes for the management and control of the policies. This paper analyzes the case of a National Policy of Oral Health (PNSB) that was approved by national councils of health, state and municipal health secretariats, was included in the National Plan for Health (2004). The study deals with the implementation of programs for Oral Health, decision-making autonomy municipal front of PNSB, the mechanisms for the coordination of PNSB and their characteristics to the allocation of resources in the 39 municipalities in the Metropolitan Region of São Paulo. We used secondary data, available in data banks of public access, in the period from 2006 to 2009, concentrating the analysis in the indicator "First Dental Assessment Program" (PCOP) on the SUS, used to evaluate access to dental care. The characteristics of the access as well as the membership of the PNSB were analyzed in an attempt to verify possible associations with the size of the municipal budget, as measured by the revenue available, per capita GDP, total expenditure on health and party affiliation of the prefect. They found that in 21 cities there was a tendency of decrease in the values of the PCOP. In 18 municipalities there was a tendency for high in PCOP. In 11 municipalities to average the PCOP recorded values above that recorded for the state of São Paulo (10.43 %) from 2006 to 2009. With respect to the implementation of the Policies of Oral Health, it was found absence of correlation between access to the services of Oral Health and GDP *per capita*, Recipe

Available *per capita* and Total Expenditure on Health. As to the membership of the PNSB, 10 cities did not. There was no correlation between membership of the PNSB and wealth municipal and capacity of expense of municipalities. The membership of the PNSB occurred in all of the municipalities (seven) in which the mayor was affiliated to the Workers' Party, the same as that of President of the Republic, in 2004. In addition to the fact that the municipalities have their priorities for public policies, it must be considered that, before the onset of PNSB, had their own definitions for intervention in this area. In such situations, to implement the PNSB implies reorganizations that may conflict with their possibilities and their agendas. The fact of the PNSB be funded on the basis of specific financial incentives for this modality assistencial, transferred from the Union, and also the States, to the Municipalities could have an influence as inducer of membership of the PNSB, however the calculation of municipal governments did not take only this variable into account. In addition, even when there is a collision of guidelines and the federal incentives do not generate dilemmas regarding what to do, shifts in social practices require time and resources to which its effects are felt. In this study it was found that, in the Metropolitan Region, the PNSB found constraints expressive to deploy and consolidate, with the federal incentives are not sufficient to change the situation prevailing in the region.

Descriptors: National Policy of Health; Oral Health; Public Policy of Health; Unified Health System; Public Policy.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Políticas municipais de saúde	5
1.2	As Políticas Nacionais de Saúde Bucal	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	Implementação de políticas públicas	16
2.2	Federalismo como forma de Estado	19
2.3	Federalismo e implementação de políticas públicas	21
3	OBJETIVOS	26
4	METODOLOGIA	28
4.1	A Região Metropolitana de São Paulo	28
4.2	Caracterização do estudo	32
4.2.1	Tipo de estudo	32
4.2.2	Obtenção de dados	32
4.2.3	Fonte de dados	32
4.3	Procedimentos metodológicos	42
4.3.1	Implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal	43
4.3.2	Adesão à Política Nacional de Saúde Bucal	44
5	RESULTADOS	46
5.1	Implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal	46

5.2	Adesão à Política Nacional de Saúde Bucal	60
6	DISCUSSÃO	85
6.1	O trabalho com dados secundários	85
6.2	Implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal	89
6.3	Adesão à Política Nacional de Saúde Bucal	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
8	REFERÊNCIAS	106
	ANEXOS	116

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1- Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e sua respectiva média.	47
Tabela 2 – Despesa total com saúde em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e sua respectiva média.	50
Tabela 3 – Número de Cirurgiões Dentistas que atendem no SUS em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	52
Tabela 4 – Número de Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	53
Tabela 5 - Número de Técnicos em Saúde Bucal (TSB) em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	54
Tabela 6 - Número de equipamentos odontológicos disponíveis no SUS em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	56
Tabela 7 - Número de consultórios odontológicos disponíveis no SUS em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	57
Tabela 8 – Cobertura populacional do Programa Brasil Sorridente para as 16 Regiões Metropolitanas mais populosas do Brasil, o Brasil, estado de São Paulo e Baixada Santista, no período de 2006 a 2009, com suas médias.	61
Tabela 9 - Indicador Saúde Bucal do SIOPS em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	63
Tabela 10 - Indicador CEO do SIOPS em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	64
Tabela 11 – Percentual de população coberta pelo Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	67
Tabela 12 – Número de Equipes de Saúde Bucal Modalidade I do Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de	

2006 a 2009.	68
Tabela 13 – Número de Equipes de Saúde Bucal Modalidade II do Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	69
Tabela 14 - Partido político dos prefeitos e suas coligações nas eleições de 2004 e dos prefeitos e vices nas eleições de 2008 em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	71
Tabela 15 - Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e suas respectiva médias para o período.	73
Tabela 16 - Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e suas respectiva médias para o período.	74
Tabela 17 – Estimativa populacional em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	117
Tabela 18 – Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i> e respectiva média em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2008.	118
Tabela 19 - Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2008 e sua respectiva média.	119
Tabela 20 – Receita Disponível <i>per capita</i> e respectiva média em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	120
Quadro 1 - Nível de implantação da PNSB conforme frequência de repasses federais Saúde Bucal e CEO em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	65
Figura 1 – Regiões Metropolitanas brasileiras, colares metropolitanos e áreas de expansão em 2009.	29
Figura 2 – Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo.	31

Figura 3 - Mapa da Região Metropolitana de São Paulo, Departamento Regional de Saúde I.	31
Figura 4 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática apresentada em ordem crescente dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	48
Figura 5 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Despesa Total com Saúde dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	51
Figura 6 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de PIB <i>per capita</i> dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	59
Figura 7 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Receita Disponível <i>per capita</i> per capita dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.	60
Figura 8 – Cobertura do Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo de 2006 a 2009.	70
Figura 9 – Presença de Equipes de Saúde Bucal para o Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo de 2006 a 2009.	70
Figura 10 - Partido político dos prefeitos nas eleições de 2004 em municípios da Região Metropolitana de São Paulo.	72
Figura 11 – Índice PCOP para os municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, aderiram a PNSB e para o estado de São Paulo.	75
Figura 12 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média do PIB <i>per capita</i> em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2008.	76
Figura 13 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média do PIB <i>per capita</i> em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no	77

período de 2006 a 2008.

Figura 14 – Média do PIB *per capita* em reais dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, os que aderiram e o estado de São Paulo. 78

Figura 15 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Receita Disponível *per capita* em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009. 79

Figura 16 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Receita Disponível *per capita* em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009. 80

Figura 17 – Média de Receita Disponível *per capita* em reais dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, dos que aderiram e do estado de São Paulo. 81

Figura 18 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Despesa Total com Saúde em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009. 82

Figura 19 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Despesa Total com Saúde em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009. 83

Figura 20 – Média de Despesa Total com Saúde em reais dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, dos que aderiram e do estado de São Paulo. 84

SIGLAS UTILIZADAS

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DEM - Democratas

DOE – Diário Oficial do Estado de São Paulo

DRS – Departamentos Regionais de Saúde

EMPLASA – Empresa Paulista de Planejamento S/A

ESB – Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família

ESF – Equipes de Saúde da Família do Programa Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGP-DI-FGV – Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas

LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

PAN – Partido dos Aposentados da Nação

PCB – Partido Comunista Brasileiro

PCOP – Primeira Consulta Odontológica Programática no SUS

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PFL – Partido da Frente Liberal

PHS – Partido Humanista da Solidariedade

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Partido Liberal

PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PMN – Partido da Mobilização Nacional

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PP – Partido Progressista
PPS – Partido Popular Socialista
PR – Partido da República
PRONA – Partido de Reedificação da Ordem Nacional
PRP – Partido Republicano Progressista
PRTB – Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PSB – Partido socialista Brasileiro
PSC – Partido Social Cristão
PSDC – Partido Social Democrata Cristão
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa Saúde da Família
PSL – Partido Social Liberal
PT – Partido dos Trabalhadores
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
PTC – Partido Trabalhista Cristão
PT do B – Partido Trabalhista do Brasil
PTN – Partido Trabalhista Nacional
PV – Partido Verde
RMSP – Região Metropolitana de São Paulo
SB Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPACTO – Sistema de Informação do Pacto pela Saúde para Pactuação Unificada
SUS – Sistema Único de Saúde
TRE-SP – Tribunal Regional Eleitoral de São Paulo
TSB – Técnico em Saúde Bucal

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

APRESENTAÇÃO

O ponto de partida de uma pesquisa, a escolha do tema e o seu desenvolvimento têm conexão com seu pesquisador. Entender como se chegou à pergunta da pesquisa talvez possa subsidiar o leitor nos mais variados contextos de sua leitura. Daí a opção por iniciar o trabalho por esta apresentação.

Parto do ano de minha formatura no curso de Odontologia da Universidade de São Paulo, em 1989, quando também ingressei no serviço público como cirurgião dentista da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Inicia-se aí minha paixão pela Saúde Pública. No ano de 1990, completo Especialização em Saúde Pública pela UNAERP.

Os anos passam e com eles aumenta a experiência no serviço público, pois desde 1991, começo a exercer a função de cirurgião dentista junto à Prefeitura de Barueri, na Região Metropolitana de São Paulo. É o ano em que também inicio meus trabalhos no Serviço Social do Comércio (SESC) no município de São Paulo. São duas funções que exerço até os dias de hoje.

No ano de 2002 sou convidado para trabalhar como assessor da Coordenação de Saúde Bucal do município de Barueri e em 2003 assumo esta mesma Coordenação. Entre 2002 e 2003 especializo-me em Odontologia em Saúde Coletiva pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO) da Universidade de São Paulo.

Durante os pouco mais de três anos em que estive envolvido na Coordenação de Saúde Bucal de Barueri pude ter contato com um novo espaço dentro dos serviços públicos de saúde, a gestão, que permanece quase que invisível às pessoas que exercem suas funções na “ponta”, jargão utilizado para designar os cirurgiões dentistas que trabalham na assistência.

Os programas de saúde com seu planejamento, sua formulação, a tomada de decisões, sua implementação, seu monitoramento e sua avaliação foram questões que desabaram sobre um coordenador inexperiente, porém muito curioso, no sentido científico da expressão. A política pública com todas as suas nuances se descortinava

durante meu trabalho na Coordenação de Saúde Bucal, porém de uma maneira prática enquanto desempenhava minhas funções.

O cotidiano daquele momento foi plantando inúmeras interrogações em minha mente. O dia-a-dia da política local trouxe consigo peculiaridades até então desconhecidas para mim. Contudo, naquele momento não poderia imaginar que tais questões teriam explicação com direito a referencial teórico e tudo mais.

Em 2005, com minha transferência para o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pude aprofundar e aprimorar a questão da investigação e da pesquisa científica, além de amadurecer as questões vividas em Barueri.

Neste estudo analisei a implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal na Região Metropolitana de São Paulo. Neste intento, foi impossível não me deparar com a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente. A partir de então, examinar a adesão ou não destes municípios, seus mecanismos de coordenação e alocação de recursos nos municípios da Região passaram a ser os objetivos específicos desta pesquisa.

Por meio do exame de dados secundários, presentes em bancos públicos de dados, a pesquisa iniciou-se. Nos resultados busquei concentrar a análise nas correlações entre o indicador de “Primeira Consulta Odontológica Programática” no SUS com fatores estruturais, institucionais e políticos.

Na discussão houve uma reflexão sobre a autonomia decisória municipal frente à implementação de políticas públicas de uma maneira geral e, mais especificamente, daquelas ligadas à saúde bucal, frente aos resultados encontrados nos 39 municípios da RMSP.

Esta pesquisa buscou responder algumas de minhas indagações enquanto gestor de políticas de saúde. Espero que a leitura se desenvolva de maneira agradável e que ao final dela o leitor possa ter tido alguma contribuição no sentido de também subsidiar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX as políticas públicas abriram um vasto campo para a análise das relações dos governos, governantes e cidadãos. Questões sobre Estado, política, economia e sociedade compõem as interfaces das políticas públicas. Portanto, o interesse despertado pelo tema é multidisciplinar, tornando-o objeto de análise das mais variadas áreas do conhecimento.

Quando pensado como produto de atividades políticas, pode ser definido como “resultado de um demorado e intrincado processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias instituídas ou arenas e entre os atores que delas fazem parte” (SILVA, 2000).

Souza caracteriza a política pública “como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado [composto por] definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação de opções, seleção de opções, implementação e avaliação” (SOUZA, 2007, p. 77).

Das várias definições de políticas públicas, SOUZA (2006) extrai e sintetiza alguns de seus elementos principais: “a política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; [...] envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos; [...] é abrangente e não se limita a leis e regras; [...] é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados [e] embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo” (SOUZA, 2006).

O estágio da implementação talvez seja o que menos seja levado em consideração. OLIVEIRA (2006) afirma que as políticas públicas, ao serem planejadas, devem passar por “um processo de decisão político que depende de informações precisas, transparência, ética, temperança, aceitação de visões diferentes e vontade de negociar e buscar soluções conjuntamente que sejam aceitáveis para toda a sociedade e principalmente para as partes envolvidas” (OLIVEIRA, 2006), sob pena de fracassarem em sua implementação.

O papel do Estado é fundamental no direcionamento e na formatação destas políticas. Uma melhor compreensão de como o Estado opera na sociedade

contemporânea e de sua influência e dos fatores sociais na explicação do desenvolvimento de políticas públicas pode ser alcançada por meio do conhecimento de teorias que o explicam. Dentre estas se destaca a abordagem neoinstitucionalista.

Os neoinstitucionalistas afirmam “de maneira enfática a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais [com a necessidade de serem] encaradas de forma central nas análises relativas aos processos políticos e sociais” (MARQUES, 1997). Para o neoinstitucionalismo o Estado não é tão somente um espaço vazio, mas um ator no processo político, com suas agências e instituições dando conformação às políticas conjugadas com as regras do jogo político.

Dentre as formas de Estado e produção de políticas há o federalismo como um dos modelos explicativos, onde o impacto das instituições federativas sobre as políticas governamentais subsidia a análise. Sobretudo o federalismo pensado por PIERSON (1995), ou seja, um arranjo institucional e não como uma série de instituições dentro de um determinado contexto.

Concordando com PIERSON, vale observar as implicações do estudo das instituições para a vida política. Os efeitos interativos das instituições federais operam em conjunto com outras importantes variáveis: a estrutura do sistema de partidos, a natureza de uma economia política particular e a distribuição geográfica dos grupos minoritários. Portanto, instituições sozinhas não explicam completamente os resultados das políticas (PIERSON, 1995).

Setorialmente ao campo das políticas públicas, encontram-se as políticas de saúde. Suas ações, tanto individuais quanto coletivas, podem ser realizadas por instituições públicas ou privadas no intuito de combater o risco de adoecimento das populações em diferentes momentos históricos, fazendo parte das políticas sociais que possuem como característica básica a proteção social (VIANA e BATISTA, 2008, p. 65).

As políticas de saúde suscitam interesse constante nos últimos anos por incorporarem importantes dimensões como o bem-estar da assistência à saúde, o próprio poder envolvido em suas instâncias e, também, a dimensão industrial da saúde que movimenta somas consideráveis de capital para sua implementação (FREMAN e

MORAN, 2002, p. 45). Neste setor, o papel do Estado tem crescido, desde o início do século XX, por meio da regulação ou até do próprio provimento da saúde às populações (VIANA e BATISTA, 2008, p. 66).

No Brasil, durante o período de transição do regime autoritário para o Estado democrático de direito consagrado na Constituição de 1988, seu federalismo vem descentralizando¹ as políticas públicas, até então fortemente centralizadas na União. Nesse processo, estados, municípios e o Distrito Federal vêm assumindo a co-gestão dessas políticas, tanto no âmbito dos recursos financeiros quanto na prestação dos serviços, feita tanto por meio da administração pública, direta ou indireta, quanto através de diferentes tipos de organizações não governamentais.

Na saúde, uma característica inovadora desse período histórico foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento de processos deliberativos, de gestão e de controle público, com a participação dos entes federativos, e representações da sociedade civil, em comissões intergestores e conselhos de saúde nas esferas nacional, estadual e municipal. Essas relações institucionais têm produzido efeitos significativos nas políticas de saúde.

Nessa perspectiva, os municípios que apesar de estarem presentes na “organização político-administrativa do Brasil desde a sua primeira Constituição (1824), do período imperial, [...] somente aparecem explicitamente referidos como entes federados na *Constituição Federal* de 1988 [que] ao definir as competências de cada um [destes], caracteriza-as como exclusivas, privativas, comuns, concorrentes e suplementares” (SCATENA et al., 2009).

Como unidades subnacionais, os municípios brasileiros têm competências comuns com a União, estados e Distrito Federal, como “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1988; Art. 23, II) e especificamente a eles compete “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”

¹ Descentralização, neste estudo, compreende a institucionalização no plano local (municípios) de técnicas para implementação de tarefas de gestão de políticas sociais (ARRETCHE, 2000a).

(BRASIL, 1988; Art. 30, VII), sendo que em seção específica da Constituição (Art. 196 a 200) o SUS é instituído (SCATENA et al., 2009).

No processo de descentralização brasileiro pós-Constituição, houve o repasse aos municípios de recursos financeiros e responsabilidades sobre o provimento de serviços sociais lhes concedendo autonomia decisória, além de caber a eles a escolha sobre as políticas a serem implementadas e recursos que a elas serão alocados, mesmo que dentro de algum limite constitucional, nos casos da saúde e educação (OLIVEIRA, 2008).

Políticas subsetoriais do SUS também se incluem nesta caracterização. É o caso da Saúde Bucal que no ano de 2000 teve uma nova perspectiva no âmbito de sua Política Nacional “com a edição da portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), pelo Ministério da Saúde, estabelecendo ‘incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família (PSF)’” (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 99).

A Saúde Bucal foi uma das iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde do primeiro mandato do Governo Lula (BRASIL, 2005). A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Programa Brasil Sorridente” foi aprovada pelos conselhos nacionais de saúde, de secretarias estaduais e municipais de saúde e passou a integrar o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil, instituído pela Portaria 2.607, de 10/12/2004 (BRASIL, 2004a). O Programa Brasil Sorridente “foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento ‘Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal’ (BRASIL, 2004b), definida no âmbito do governo Lula (2003-2006) logo após sua posse” (FRAZÃO e NARVAI, 2009), acenando com incentivos financeiros nunca antes presentes na Saúde Bucal brasileira.

A partir daí, cabe a indagação se a descentralização da implementação de políticas sociais, a autonomia decisória municipal frente às políticas federais e os mecanismos de coordenação subnacionais têm o potencial de contribuir para a produção de disparidades na provisão de políticas públicas subsetoriais da Saúde em municípios brasileiros. Para analisar esta questão, este trabalho examinou a implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal da Grande São Paulo, além da autonomia

decisória municipal frente à PNSB, os mecanismos de coordenação da PNSB e suas características de alocação de recursos nos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

A análise se concentrou no acesso da população aos Programas Municipais de Saúde Bucal da RMSP, entre os anos de 2006 e 2009 (anos de vigência dos Planos Municipais de Saúde da RMSP, onde deveriam estabelecer objetivos e metas a serem cumpridas durante este período), que de certo modo poderiam refletir a provisão de serviços de Saúde Bucal nestes municípios, tendo esta questão como variável dependente. O princípio da análise que se pretendeu empreender neste texto está exatamente, no que pode ser verificado pelo indicador de “Primeira Consulta Odontológica Programática” (PCOP) no SUS (um dos dois únicos indicadores para a Saúde Bucal presente no Pacto pela Saúde, o outro diz respeito à Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada), disponível no Sistema de Informação do Pacto pela Vida para Pactuação Unificada (SISPACTO) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O indicador é empregado para avaliar o acesso à assistência odontológica, mas teria um possível potencial de demonstrar a capacidade do município em suprir as necessidades de sua população quanto à Saúde Bucal.

Este indicador também foi analisado, levando-se em consideração a adesão ou não dos municípios ao componente de Atenção Básica da PNSB, que foi verificada por informações de repasse de verbas contidas em dados secundários presentes no DATASUS referentes às transferências para implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) em Equipes de Saúde da Família (ESF). As características do acesso à assistência bem como da adesão à PNSB foram analisadas buscando-se associações com aspectos estruturais, institucionais e políticos relativos aos municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

1.1 Políticas municipais de saúde

Quando da formulação de políticas públicas, certos aspectos tem papel importante no processo. A questão da formação das agendas é um exemplo. Ao se tratar do tema das agendas governamentais, a questão de como os governos a definem vem como primeiro desafio. O incentivo ou o veto caberá aos participantes e a cada processo na definição das agendas. SOUZA cita três respostas para a questão de como os governos definem suas agendas. “A primeira focaliza a política propriamente dita, ou seja, problemas entram na agenda quando assumimos que devemos fazer algo sobre eles” (SOUZA, 2007, p. 74). A outra resposta traz a política, em si, e a construção da consciência coletiva sobre a necessidade de enfrentamento de um determinado problema. “A terceira resposta focaliza os participantes, que são classificados como visíveis, ou seja, políticos, mídia, partidos, grupos de pressão etc., e invisíveis, tais como acadêmicos e burocracia [sendo que] os participantes visíveis definem a agenda e os invisíveis as alternativas” (SOUZA, 2007, p. 74).

A definição da agenda está certamente ligada ao processo de formulação de políticas públicas e logicamente às decisões governamentais. John Kingdon em *Agendas, Alternatives and Public Policies*, do ano de 2003, lança a questão: “por que alguns problemas se tornam importantes para um governo?” (CAPELLA, 2007, p. 87). Ao desenvolver um modelo explicativo para políticas públicas, *multiple streams*, Kingdon aprofunda-se nos estágios chamados pré-decisórios destas políticas: formação da agenda e alternativas para formulação das políticas (CAPELLA, 2007, p. 88). Trata-se, portanto, de um importante autor quando a formação da agenda necessita de um referencial teórico.

Para Kingdon, a agenda governamental “é definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento” (CAPELLA, 2007, p. 88). E esta agenda pode ser dividida em agenda decisional (contém questões prontas para uma decisão dos formuladores) e agenda especializada (refletem a natureza da formulação de políticas, como saúde, transporte e educação) (CAPELLA, 2007, p. 88-89).

Esta discussão é relevante, pois faz parte do caminho para a distinção entre os formuladores e os executores das políticas. Segundo ARRETCHÉ (2010), “distinguir

quem formula de quem executa permite inferir que, no caso brasileiro, embora os governos subnacionais tenham um papel importante [...] no gasto público e na provisão de serviços públicos, suas decisões de arrecadação tributária, alocação de gasto e execução de políticas públicas são largamente afetadas pela regulação federal” (ARRETCHE, 2010).

No entanto, apesar de uma determinada convergência de políticas produzida pela regulação federal, há variações importantes nas prioridades municipais de gasto, o que significa que a autonomia dos governos locais na tomada de decisões sobre políticas faz com que haja variações de gasto, produzindo desigualdade territorial (ARRETCHE, 2010).

As ações e serviços de saúde, que passam a ser direito dos cidadãos brasileiros a partir de 1988, “devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva” (BRASIL, 2004). Para tornar-se realidade, o sistema de saúde brasileiro necessitou de uma estrutura legal que lhe desse suporte. Inicialmente as Leis Orgânicas da Saúde foram as responsáveis pelo intento. Seus textos carregam o planejamento como uma de suas prerrogativas “quer indicando processos e métodos de formulação quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria” (BRASIL, 2009a, p. 9-10). O planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, estabelecido pelas Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990).

As Agendas e Planos de Saúde, submetidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde, talvez sejam, dentro do planejamento em saúde do SUS, aquilo que mais se aproxima de uma tradução da política pública municipal de saúde. As Agendas de Saúde expõem “os eixos prioritários de intervenção, de forma que balizem os programas, seus objetivos e metas da política de saúde, constituindo-se como a primeira etapa do processo de planejamento” (MENDES, 2003, p. 117), além de balizar o Plano de Saúde. Já “o Plano de saúde consolida o processo de planejamento em saúde, devendo incorporar a programação da política de saúde, indicando as intenções políticas, o diagnóstico, as estratégias, as prioridades, os programas de atuação, seus objetivos,

metas e indicadores de avaliação” (MENDES, 2003, p. 118), sendo que “a Lei 8.142 tornou explícito que, nesse Plano, devem constar as propostas de atenção à saúde que estarão baseadas nas diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município” (MOTTIN, 1999) advindas da Conferência Municipal de Saúde.

Os programas previstos em ambos devem constituir a base para a elaboração dos instrumentos do processo orçamentário (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual) instituídos pela Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2003, p. 118).

O Plano Municipal de Saúde presente no planejamento do SUS apresenta-se como um de seus instrumentos básicos (os outros são a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão). Em um conceito genérico “o plano é o produto momentâneo do processo pelo qual um ato seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos” (BRASIL, 2009a, p. 18). Para o PlanejaSUS² “o processo de formulação participativo e ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social” (BRASIL, 2009a, p. 18).

A saúde como bem e como direito é indispensável. Apesar de sua indivisibilidade é possível se destacar dimensões sem as quais não é possível haver saúde, como, por exemplo, a saúde bucal que se pode definir como um conjunto de condições objetivas e subjetivas que permite ao ser humano exercer várias funções e relacionar-se socialmente (FRAZÃO e NARVAI, 2009). Dentre as práticas de saúde pública, encontram-se aquelas relacionadas à saúde bucal que incluída nos vários programas presentes em estados e municípios, historicamente, sempre foi reconhecida como um ‘gargalo’, tanto antes da Reforma Sanitária quanto no início da implantação do SUS (PORTO et al., 2006), ficando quase sempre ausente das agendas governamentais.

² O PlanejaSUS (Sistema de Planejamento do SUS), criado em 2006, é definido como a “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2009a, p. 27) e tem por objetivos “coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde” (BRASIL, 2009b, p. 33).

Segundo a Lei 8.080 (1990), ações e serviços do SUS devem utilizar a epidemiologia “para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (LEI 8.080, 1990). Assim, as Secretarias Municipais de Saúde devem estabelecer parâmetros para acompanhamento das ações de saúde bucal e a cobertura da assistência odontológica é um desses parâmetros.

No Brasil, conforme o Levantamento Epidemiológico SB Brasil (2010), entre adultos (35 a 44 anos) a média de dentes atacados pela cárie é de 16,3 dentes e 27,1 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes cariados é de 4,2, o dobro do encontrado aos 12 anos. A percentagem de pessoas com algum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade é, respectivamente 49%, 83% e 98,2%³.

Anteriormente, o documento Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo de 2002, última fonte oficial de dados epidemiológicos para apoio do planejamento da saúde bucal no Estado, apontava média de 20,3 dentes cariados entre adultos (35 a 44 anos), 28,2 na faixa etária de 65 a 74 anos e 6,4 para adolescentes (15 a 19 anos). O percentual de pessoas sem problemas periodontais nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade era, respectivamente, 63,93%, 29,86% e 9,08%⁴.

Os valores indicavam e ainda indicam a relevância da ampliação do acesso aos serviços odontológicos em planejamentos subsequentes, tendo em vista a situação do Estado quanto aos dois principais problemas de saúde bucal.

Atualmente é de se esperar que a saúde bucal faça parte das agendas governamentais brasileiras nos estados e municípios, pois a atual PNSB com suas principais definições a reinseriu no contexto das políticas públicas brasileiras, transformando-a numa das prioridades do Ministério da Saúde, com um elenco de medidas que visaram torná-la uma política de Estado (BOTAZZO et al., 2008, p. 247).

Em trabalho de 2007, PRESTA et al. analisaram 27 planos municipais de saúde da 8ª Região de Saúde do Estado do Paraná e constataram “que todos continham

³ Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. Nota para a imprensa. Coordenação Nacional de Saúde bucal. Ministério da Saúde.

⁴ Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002. Relatório Final. Centro técnico de saúde Bucal. Secretaria de Estado da saúde de São Paulo.

referência a assuntos odontológicos, porém estes estavam relacionados apenas à caracterização da situação da área odontológica e à descrição de objetivos” (PRESTA et al., 2007), corroborando com a afirmação de que a Saúde Bucal encontra-se presente nas agendas dos municípios.

Contudo, com o relato de PRESTA et al., em 2007, de que “a concordância entre os dados obtidos na análise dos Planos Municipais de Saúde e dos relatórios de produtividade da 8ª RS/PR foi estabelecida em 53% dos municípios” (PRESTA et al., 2007), confirma-se a afirmação de ARRETCHE quando ressalta que “supor que um programa público possa ser implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores também implicará uma conclusão negativa acerca de seu desempenho, porque é praticamente impossível que isto ocorra” (ARRETCHE, 2000b).

A implementação nada mais seria do que o passo adiante da formulação de uma política ou do planejamento de um programa contido nos mais variados planos. No entanto, ao aprofundar-se nos estudos sobre avaliação de WEISS, depreende-se que os planos pouco ou nada importariam, já que os programas têm objetivos desejados, implícitos ou explícitos, porém há as consequências imprevistas que apesar de carregarem a obscura conotação de resultados indesejáveis, podem também se traduzir em bons resultados ou até uma mistura entre bons e maus resultados (WEISS, 1972; 1998).

Caminhando mais além com WEISS, os planos poderiam até se comportar como instrumentos de constrangimento para as políticas públicas, já que ocasionalmente os programas invadem o território da existência de agências que geram fúria, competição e disputa burocrática que contribuem para a diminuição da efetividade na provisão dos serviços (WEISS, 1972; 1998).

Há, portanto, a necessidade de se analisar outras variáveis quando se examina o processo de implementação de políticas públicas que não sejam somente o anseio dos municípios em realizar determinadas ações contidas numa carta de intenções consubstanciada no Plano de Saúde ou aquilo que realmente ocorreu traduzido em indicadores. O planejamento como prerrogativa legal para o SUS provavelmente está

nos Planos Municipais de Saúde, porém tais planos podem ter claras e boas intenções e não passarem de meros documentos burocráticos, não servindo desta forma como ferramenta para implementação de políticas e alocação de recursos, deixando de ser, assim, a tradução da política de saúde do município.

1.2 As Políticas Nacionais de Saúde Bucal

No decorrer do século XX, o modelo hegemônico de assistência odontológica, até a Constituição de 1988, foi o da prática privada, assistindo maioria da população, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões, depois Institutos de Aposentadoria e Pensões, oferecia assistência dentária aos trabalhadores privados urbanos segurados, por meio da contratação de serviços privados (COSTA et al., 2006, p. 19).

O processo de institucionalização da odontologia durante o século XX traz pistas do motivo pelo qual a atenção à saúde bucal é realizada predominantemente nos escolares do ensino fundamental, o que perdurou por quatro décadas, repetindo as atividades de dar somente atendimento de urgência aos adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de recursos humanos despreparados para atuar no serviço público (COSTA et al., 2006, p. 20).

Essa característica de assistência à população infantil, regularmente matriculada no ensino fundamental da rede pública de ensino, não permite a inclusão no programa de toda a população compreendida na faixa etária escolar de 6 a 14 anos, além de excluir outras faixas etárias fazendo com que esses programas, nos serviços públicos, se pautassem pela reprodução da prática liberal da odontologia (COSTA et al., 2006, p. 21). O quadro descrito perdurou em muitos estados e municípios durante o período em que se fundou a universalidade como um dos pilares do SUS.

Iniciativas como o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor, de 1988, e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental, de 1989, são exemplos de políticas verticais e centralizadoras desenvolvidas pelo então

Ministério da Previdência e Assistência Social para a área (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 92). Em 1988 o SUS era criado contemporaneamente a estas iniciativas.

Passando pelos governos Collor, Itamar Franco e os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso, a Política Nacional de Saúde Bucal seguiu praticamente irrelevante durante os anos 1990 sem qualquer renovação (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 95). No entanto, vale o adendo de que no ano 2000, no segundo mandato do Governo Fernando Henrique Cardoso houve aprovação de incentivo financeiro à Saúde Bucal, vinculado à criação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) junto ao PSF, criado em 1994.

Contudo, “é importante registrar que no final dos anos 1990 vários municípios brasileiros apresentavam uma rede de serviços públicos odontológicos que assegurava acesso universal à assistência odontológica de urgência e ações programáticas dirigidas aos pré-escolares e escolares e aos usuários de unidades básicas de saúde [e] ao mesmo tempo, gargalos e limitações relativos à integralidade da atenção foram reiteradamente identificados no período” (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 98).

A Política Nacional de Saúde Bucal instituída no primeiro mandato do Governo Lula teve o objetivo fundamental de induzir a reorganização da atenção básica referente às ações de Saúde Bucal e para tanto, incluiu em sua estratégia a indução de políticas ancorada em repasse de verbas para custeio e implantação de suas diretrizes aos municípios brasileiros.

No Brasil Sorridente, as principais formas para que este repasse se consumasse dizem respeito à criação de ESB vinculadas à Estratégia de Saúde da Família e criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além da introdução dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Sob o título de “Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal” esta política é explicitada da seguinte forma:

a atenção em saúde bucal no país, pautada no Programa Brasil Sorridente, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á, entre outros: 1) na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; 2) na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 3) na definição de política de educação permanente

para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e 4) definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas”. relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessárias à expansão das ações dos novos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 110-111).

A PNSB trouxe consigo a possibilidade de incentivos financeiros quando da adesão dos municípios às suas prerrogativas e pressupostos. Um dos fundamentos desta política subsetorial é a opção pela Estratégia da Saúde da Família com a inclusão de Equipes de Saúde Bucal Modalidade I e/ou II⁵ no PSF. Tal decisão seria acompanhada de repasse de verbas federais de incentivo às ações de Saúde Bucal (Saúde Bucal⁶). Outra forma de opção de participação municipal nos incentivos do Brasil Sorridente é a implantação dos CEO, que também seria acompanhada de repasses federais (CEO⁷). Os dois exemplos poderiam ser descritos como elementos do componente de Atenção Básica da PNSB, que abrange outras características em sua íntegra além destas citadas.

Pode-se admitir que este fato exerça poderosa influência como indutor da adesão à PNSB, já que há uma tendência de convergência em torno das regras federais centrais quando a União controla recursos fiscais e os emprega como instrumento de indução das escolhas dos governos subnacionais e é de se esperar que resultados mais homogêneos sejam encontrados quando aumenta a capacidade da União de empregar seus instrumentos de regulação (ARRETCHE, 2010). Porém, a Saúde Bucal é uma política pública subsetorial do setor Saúde. A política de saúde brasileira é uma das políticas reguladas pela União e a PNSB seria uma política desregulada no interior de uma política regulada.

Cabe, a esta altura, detalhar o que se entende neste texto por políticas públicas reguladas e desreguladas. Seguir-se-á utilizando os conceitos estabelecidos por ARRETCHE, quando cita que políticas descentralizadas reguladas são “aquelas nas

⁵ A Equipe de Saúde Bucal Modalidade I é composta pelo Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal e a de Modalidade II tem o acréscimo do Técnico em Saúde Bucal.

⁶ Indicador presente no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde do DATASUS.

⁷ Indicador presente no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde do DATASUS.

quais a legislação e a supervisão federais limitam a autonomia decisória dos governos subnacionais, estabelecendo patamares de gasto e modalidades de execução das políticas” e as desreguladas “aquelas nas quais execução das políticas (*policy-making*) está associada à autonomia para tomar decisões (*policy decision-making*)” (ARRETCHE, 2010).

Como exemplos de políticas públicas reguladas estão a saúde e a educação que juntas obrigam que os municípios brasileiros apliquem em suas áreas pelo menos 40% de suas receitas, com 25% para educação e 15% para saúde.

Quando a União emprega recursos institucionais para regular a execução descentralizada de uma dada política com regulamentação e supervisão federais sobre as políticas executadas pelos governos subnacionais, é isto que transforma uma política em regulada. No federalismo brasileiro há esta possibilidade para qualquer área de política pública e os municípios brasileiros como “unidades iguais” enquanto prestadores de serviços públicos podem ser examinados no sentido do efeito da presença (ou não) da regulação federal sobre o comportamento de seu gasto (ARRETCHE, 2010).

Nesse sentido ARRETCHE afirma que “o padrão de gasto dos governos locais – isto é, alta prioridade e baixa desigualdade nas políticas reguladas acompanhado de baixa prioridade e elevada desigualdade nas políticas não reguladas – demonstra claramente o impacto da regulação federal sobre as decisões dos governos locais” (ARRETCHE, 2010).

2. REVISÃO DA LITERATURA

A finalidade da política nas modernas e complexas sociedades contemporâneas é a resolução pacífica de conflitos quanto a bens públicos, RUA (1998) afirma que a política seria o conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder (RUA, 1998, p. 231).

Para que a análise de políticas possa ser levada a cabo, é necessário lançar mão também de teorias explicativas, mais precisamente, buscar a explicação em ciências sociais. Para ARRETCHE, metodologicamente, os limites da ciência social positiva tornam premente o emprego de regras de inferência lógica que tornem confiáveis as conclusões alcançadas e é o fato da incerteza do conhecimento que torna necessário o respeito a estas regras, que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um dado fenômeno social ou político e outro fenômeno que lhe dá origem (ARRETCHE, 2007). A autora ainda salienta que o maior desafio das análises em ciência política é o de produzir pensamento disciplinado por regras de método, respeitando regras básicas que disciplinem o pensamento do analista, protegendo-o de suas próprias preferências (ARRETCHE, 2007).

Nesse sentido, os mecanismos causais, como entidade não observada que, quando ativada, gera um resultado de interesse e que não estão no mundo social, mas nas teorias dos pesquisadores (MARQUES, 2007) são de grande utilidade. Vale ressaltar, concordando com Marques, que “as explicações por mecanismos [...] não intencionam descobrir a existência de um dado elemento da sociedade, mas abrir a ‘caixa-preta’ da causação de determinados fenômenos, levando a uma melhor compreensão das dinâmicas sociais” (MARQUES, 2007).

Para dialogar com a descentralização da implementação de políticas sociais, a autonomia decisória municipal frente às políticas federais e os mecanismos de coordenação subnacionais como contribuição para a produção de disparidades na provisão de políticas públicas subsetoriais de Saúde Bucal em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, faz-se necessário abordar teoricamente aspectos relevantes nesse sentido.

2.1 Implementação de políticas públicas

Ao descrever a implementação de políticas públicas, SABATIER e MAZMANIAN (1980) relatam que a regra fundamental para a análise da implementação é identificar os fatores que afetam a execução dos objetivos estabelecidos através do processo como um todo (SABATIER e MAZMANIAN, 1980, p. 153). Para os autores, este processo pode ser dividido em três amplas categorias: a tratabilidade do problema, a habilidade do estatuto em favorecer a estrutura do processo de implementação e a rede de efeitos da variedade de variáveis políticas no balanço da manutenção dos objetivos estatutários (SABATIER e MAZMANIAN, 1980, p. 153).

E ainda com relação a esse processo, BARDACH (1997) ressalta seu caráter de acumulação de elementos requeridos para produzir um resultado programático particular, além de jogar à exaustão, livremente, um número de jogos, sendo que estes elementos são entregues aos programas de maneira particular (BARDACH, 1997, p. 139).

A partir de então, vale conceituar a implementação que de acordo com RUA (1998), “pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a políticas” (RUA, 1998, p. 257).

Porém, trazendo à discussão as idéias de MAJONE e WILDAVSKY, nota-se que não há tanta simplicidade como pode parecer no que foi citado. Os autores iniciam seu artigo de 1973 com a seguinte pergunta: quem vem primeiro?, como uma alusão aos objetivos da política e a sua implementação. Desta indagação decorre a conclusão de que há uma interação entre os tais objetivos e a implementação e que não se pode isolar as políticas da implementação para uma discussão separada (MAJONE e WILDAVSKY, 1973, p. 140). Os autores continuam a argumentação demonstrando a importância da implementação como instrumento de interação e de controle sobre as políticas (MAJONE e WILDAVSKY, 1973, p. 140).

E ao tratar as políticas públicas como disposições, no sentido de que a implementação não se inicia com palavras, mas sim com a disposição para agir e tratar certas situações de determinadas maneiras, é certo afirmar que a implementação modela a política (MAJONE e WILDAVSKY, 1973, p. 144-145). Para estes autores a implementação deve ser vista como evolução, ou seja, no processo interativo a implementação é a continuação da política por outros meios (MAJONE e WILDAVSKY, 1973, p. 152), ou seja, a política se concretizando. Desta forma, o processo de implementação pode ser uma continuação da formulação, envolvendo flexibilização, idas e vindas, de maneira que compreende um contínuo processo de interação e negociação ao longo do tempo, entre aqueles que querem pôr uma política para funcionar e aqueles de quem este funcionamento depende (RUA, 1998, p. 256).

No sentido do modelamento ou até da modificação da política pelo processo de implementação, ARRETCHE afirma que

a implementação efetiva, tal como esta se traduz para os diversos beneficiários, é sempre realizada com base nas *referências* que os implementadores *de fato* adotam para desempenhar suas funções [e] a despeito dos esforços de regulamentação da atividade dos implementadores, estes têm razoável margem de autonomia para determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos bens e serviços a serem oferecidos [além de terem] a prerrogativa de, de fato, *fazer a política* (ARRETCHE, 2000b).

Ainda nesse sentido, MENICUCCI, chama a atenção para as características retroalimentadoras “da implementação sobre a própria formulação, de tal forma que o processo de formulação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação [e] dado o caráter autônomo do processo de implementação, não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuraram uma determinada política pública e os resultados da implementação” (MENICUCCI, 2007, p. 303). Para a autora, seu sucesso “está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político dos afetados por ela [e sendo] um processo de adaptação em função das mudanças do contexto, a implementação envolve decisões e,

nesse sentido, é um processo que pode criar novas políticas” (MENICUCCI, 2007, p. 303-304).

Tendo em mente o tipo de abordagem onde a responsabilidade por uma política cabe, claramente, aos agentes situados no topo do processo político (modelo ‘top-down’), HAM e HILL (1993) indicam dez pré-condições necessárias para que haja uma implementação perfeita:

1. Que as circunstâncias externas à agência responsável pela implementação não imponham a esta restrições muito severas;
2. Que tempo adequado e recursos suficientes sejam colocados à disposição do programa;
3. Que não haja nenhuma restrição em termos de recursos globais e que, também, em cada estágio do processo de implementação, a combinação necessária de recursos esteja realmente disponível;
4. Que a política a ser implementada seja baseada em uma teoria de causa e efeito válida;
5. Que as relações de causa e efeito sejam diretas e em pequeno número;
6. Que haja uma única agência de implementação que não dependa de outras ou, se outras agências estiverem envolvidas, que as relações de dependência sejam pequenas em número e importância;
7. Que haja entendimento completo, e consentimento, acerca dos objetivos a serem atingidos; e que estas condições persistam durante o processo de implementação;
8. Que ao mobilizar-se para o cumprimento de objetivos acordados seja possível especificar, em completo detalhe e perfeita seqüência, as tarefas a ser levadas a cabo por cada participante do programa;
9. Que haja perfeita comunicação e coordenação entre os vários elementos envolvidos no programa;
10. Que aqueles com autoridade possam exigir e obter perfeita obediência (HAM e HILL, 1993, p. 138-139)

E aí são quatro as variáveis mais importantes: a) a natureza da política na qual não pode haver ambigüidades; b) a estrutura de implementação, sendo que os elos da cadeia devem ser mínimos; c) a prevenção de interferências externas; d) o controle sobre os atores envolvidos na implementação (RUA, 1998, p. 255-256). Desta forma é claro que a implementação requer um sistema de controle ‘de cima para baixo’.

Porém, o modelo *top-down* recebe críticas por não levar em consideração o papel de outros atores e instâncias no processo de implementação, pois os implementadores nem sempre estão situados no topo da pirâmide política e o acompanhamento de uma política deve levar em consideração a existência de uma percepção precisa acerca da

política que se implementa, ou seja, nem sempre os indivíduos que atuam na implementação de uma política sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo abstrato como uma política (RUA, 1998, p. 254).

Michael LIPSKY, em trabalho datado de 1980, argumentou que os analistas de política deviam levar em consideração as interações que acontecem entre os burocratas e seus clientes no nível da execução (*street level*). O que esse autor verifica é que mesmo sendo atendidas aquelas condições adiantadas pelo modelo *top-down* a implementação da política analisada não acontecia como previsto. Portanto, era preciso incluir outros elementos no processo de análise. O modelo *bottom-up* considera que o processo de implementação deve envolver também negociação e construção de consenso.

Em suma, “a implementação é, de fato, uma cadeia de *relações* entre formuladores e implementadores, e entre implementadores situados em diferentes posições na máquina governamental [o que] implica que a maior proximidade entre as intenções do formulador e a ação dos implementadores dependerá do sucesso do primeiro em obter a adesão dos agentes implementadores aos objetivos e à metodologia de operação de um programa” (ARRETCHE, 2000b). Em última instância, a implementação é a política, ou pelo menos o que ela significa concretamente e historicamente.

2.2 Federalismo como forma de Estado

Refletir sobre o federalismo como forma de organização do Estado e produção de políticas é trazer à tona certas características dos sistemas federais. PIERSON, em trabalho de 1995, frisa que nesses sistemas as autoridades do nível central coexistem com autoridades em unidades constituintes territorialmente distintas na federação, pois os governos oficiais de ambos os níveis são parte do mesmo sistema, ainda que particularmente autônomos, e suas iniciativas de políticas sociais são altamente interdependentes, além de serem coordenadas modestamente e dentro de uma certa frequência (PIERSON, 1995). E ainda segundo o autor, as unidades constituintes

competem entre si, possuem projetos independentes que trabalham em contradição ou cooperam para alcançar os fins que não conseguiriam obter sozinhos (PIERSON, 1995).

Continuando com sua argumentação, PIERSON considera três grandes grupos de implicações no federalismo: as circunstâncias modificadas dos interesses sociais, o papel proeminente das unidades constituintes como *policy-makers* autônomos e atores políticos e o aumento da prevalência de dilemas associados a processos de decisão compartilhados (PIERSON, 1995).

Porém, STEPAN alerta para fundamentações importantes para os sistemas federativos quando comenta que “é preciso fazer uma diferença fundamental entre um sistema democrático que é federativo e um sistema não democrático que tem características federativas [já que] somente um sistema que seja uma democracia constitucional pode proporcionar as garantias confiáveis e os mecanismos institucionais que ajudam a assegurar que as prerrogativas legislativas das unidades da federação serão respeitadas” (STEPAN, 1999). Stepan confirma seu argumento quando afirma que “em uma democracia, as especificidades da fórmula federativa incorporadas na Constituição estruturam por rotina muitos processos políticos, quais sejam, como adotar na esfera da União e das subunidades a legislação mais importante e como adjudicar e manter as fronteiras jurisdicionais entre a União e as unidades da federação [porém] em um sistema não democrático, o federalismo pode ou não estruturar com clareza esses processos políticos” (STEPAN, 1999).

E para seguir, ainda é necessário que haja uma delimitação importante. STEPAN afirma que “os sistemas políticos democráticos só devem ser considerados como federativos se atenderem a dois critérios [quais sejam] o Estado deve conter subunidades políticas territoriais, cujo eleitorado seja constituído pelos cidadãos dessas unidades; além disso, a Constituição deve garantir a essas unidades soberania na elaboração de leis e de políticas [e] deve haver uma unidade política de âmbito nacional, que contenha um Poder Legislativo eleito por toda a população do Estado, e à qual caiba, por garantia constitucional, a competência soberana para legislar e formular políticas em determinadas matérias” (STEPAN, 1999).

Algumas outras características devem ser explicitadas com relação ao federalismo. Uma delas é trazida pela literatura comparada contemporânea que considera que “as características institucionais dos estados federativos operam no sentido de restringir as possibilidades de mudança do *status quo* [cuja] afirmação central é que a natureza das relações vertical e horizontal em estados federativos dispersa a autoridade política e potencializa o poder de veto das minorias” (ARRETCHE, 2002a). Há, segundo a autora, uma baixa integração vertical, implicando baixa coordenação do governo central e quanto às relações horizontais, “a representação dos estados em uma Câmara Federal, juntamente com as restrições para emendar a Constituição e os poderes da Suprema Corte, operam no sentido de assegurar a divisão federal de poder, reiterando, assim, a dispersão da autoridade política” (ARRETCHE, 2002a).

O que foi dito vai ao encontro do que afirmou STEPAN, de que todas as federações restringem o poder central, devido à dupla soberania – do governo federal e dos governos locais – que é a característica básica dessa forma de Estado (STEPAN, 1999). E segundo ARRETCHE, a dupla soberania “está garantida tanto pelas regras constitucionais quanto pelo desenho das instituições políticas [onde] as instituições mais clássicas de garantia do arranjo federativo são as câmaras de representação dos estados e a autoridade do poder Judiciário para dirimir conflitos entre os distintos níveis de governos” (ARRETCHE, 2005).

Porém, a questão pode e deve ser tratada com mais cautela. O caminho da distinção conceitual entre execução (*policy-making*) e autoridade decisória (*policy decision-making*) é mais útil e sensato do que a clássica distinção entre estados federativos e unitários para predizer os efeitos centrífugos dos arranjos verticais dos estados nacionais, pois não é possível deduzir tais arranjos institucionais a partir da forma de Estado já que principalmente políticas setoriais possuem trajetórias particulares (ARRETCHE, 2010).

2.3 Federalismo e a implementação de políticas públicas

A apresentação da fase de implementação de políticas públicas seguida da discussão do federalismo como forma de organização do Estado teve como objetivo revelar em que sentido a implementação de políticas pode ser influenciada pelas características dos Estados federativos.

Certamente o surgimento de novas federações no decorrer do século XX trouxe o interesse pelo federalismo que demonstrou que “as análises [...], particularmente os estudos em ciência política dos anos de 1980 e 1990, convergem quanto à interpretação da capacidade governativa em Estados federativos: consideram que a engenharia institucional das federações tenderia a restringir o potencial de implementação de reformas”, ao aumentar o poder de veto das minorias, além de restringir “o potencial de mudanças de políticas porque as garantias institucionais dos Estados-membros no processo decisório tendem a produzir decisões políticas com base no ‘mínimo denominador comum’” (ARRETCHE, 2002b).

Neste ponto vale lembrar RUA, quando problematiza ao defender que “quando uma política envolve diferentes níveis de governo - federal, estadual, municipal - ou diferentes regiões de um mesmo país, ou ainda, diferentes setores de atividade, a implementação pode se mostrar uma questão problemática, já que o controle do processo se torna mais complexo” (RUA, 1998, p. 252). Vários estudos comparados sobre federalismo defendem que a dispersão de poder, típica desse tipo de Estado, aumenta sobremaneira as dificuldades para a adoção de reformas abrangentes (ARRETCHE, 2002b).

Entretanto, ARRETCHE ao descrever as federações relata que nelas “o governo central e os governos locais são independentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições [...], pois [cada] jurisdição pode variar, conforme assim o definir a Constituição – está resguardado pelo princípio da soberania, o que significa que estes são atores políticos autônomos com capacidade para implementar (pelo menos, algumas de) suas próprias políticas” (ARRETCHE, 2002b).

A complexidade do processo de implementação pode revelar certos entraves, pois

mesmo quando se trata apenas do nível local, há que se considerar, ainda, a importância dos vínculos entre diferentes organizações e agências públicas no nível local para o sucesso da implementação [e] quando a ação depende de certo número de elos numa cadeia de implementação, então o grau necessário de cooperação entre as organizações para que esta cadeia funcione pode ser muito elevado [e] se isto não acontecer, pequenas deficiências acumuladas podem levar a um grande fracasso (RUA, 1998, p. 252).

Conjugando com o que já foi dito, ARRETCHE reforça que

em Estados federativos a implementação de reformas de âmbito nacional tenderia a ser mais difícil do que em Estados unitários, porque os governos locais têm incentivos e recursos para implementar as suas próprias políticas independentemente do governo federal, porque têm representação no Parlamento para vetar as iniciativas de política que são contrárias a seus interesses ou, ainda, porque podem simplesmente não aderir à implementação de programas do governo federal (ARRETCHE, 2002b).

Contudo, diferente do que foi descrito até o momento, no tocante às dificuldades de implementação de reformas políticas em Estados federativos há o caso brasileiro dos anos 1990, referente às reformas sociais. Em aprofundado estudo, ARRETCHE demonstra que apesar de no início dos anos 1990 a descentralização efetiva tinha sido insuficiente, caótica ou mesmo inexistente, as instituições federativas já estavam consolidadas no Brasil. Neste estudo a pesquisadora afirma que

no Brasil, as políticas sociais – entendidas como um compromisso dos governos com o bem-estar efetivo da população – não estão no centro dos mecanismos de legitimação política dos governos [e] por esta razão, a descentralização dessas políticas não tende a ocorrer por uma disputa por créditos políticos entre os níveis de governo, mas – de modo semelhante ao caso norte-americano – por indução do governo federal [e] desse modo, a descentralização dessas políticas ocorreu quando o governo federal reuniu condições institucionais para formular e implementar programas de transferência de atribuições para os governos locais (ARRETCHE, 2002b).

ARRETCHE mostra ainda que “no Governo Fernando Henrique Cardoso, a estabilidade e coesão das burocracias da área social permitiram que a agenda de descentralização fosse implementada, por meio de programas diversos de indução das decisões dos governos locais” (ARRETCHE, 2002b). E continua, citando “aprovação de emendas à Constituição, portarias ministeriais, estabelecimento de exigências para a

efetivação das transferências federais, desfinanciamento das empresas públicas são expressão de diferentes recursos e estratégias empregados pelo governo federal [e] sua implementação revela que a capacidade de veto dos governos locais é bem mais reduzida do que supõe a teoria política sobre o federalismo” (ARRETCHE, 2002b). Porém, certas políticas subsetoriais, como a Saúde Bucal, por exemplo, poderiam desafiar esta afirmação, com possíveis vetos de algumas unidades subnacionais.

Contemporaneamente, é importante trabalhar, simultaneamente, os conceitos de desconcentração (dentro do Estado) e descentralização (para fora do Estado) dada a fortíssima tendência da utilização do termo descentralização como terceirização. Refletindo-se sobre a descentralização como valor, conclui-se que esta pode identificar-se com várias ideologias e a verificação de seu momento histórico, numa sociedade com um determinado desenvolvimento social é fundamental, visto que somente desse modo será possível estabelecer se a descentralização se realiza ou se há em seu lugar alguma descentralização fictícia e aparente, cuja motivação profunda deve ser pesquisada (ROVERSI-MONACO, 2009, p. 333).

No entanto, “a centralização e a descentralização em geral (e também a centralização e a descentralização administrativas) não são instituições jurídicas únicas, mas fórmulas contendo princípios e tendências, modos de ser de um aparelho político ou administrativo, são, portanto diretivas de organização no sentido mais lato e não conceitos imediatamente operativos” (ROVERSI-MONACO, 2009, p. 329). Há centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável e, ao contrário, há descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades (ROVERSI-MONACO, 2009, p. 330). Nessa linha, vale lembrar que a noção de descentralização administrativa não coincide com a de autonomia local (especialmente em municípios). Se a autonomia local é também descentralização administrativa, o que a caracteriza e a coloca num plano diferente é o fato de que não se manifesta como autonomia política e não aparece como uma derivação da organização administrativa do Estado, pois transcende o quadro conceitual de mera descentralização administrativa e se liga, à temática da liberdade, diretamente

aos diversos conceitos de democratização e pluralismo (ROVERSI-MONACO, 2009, p. 335).

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Este trabalho tem o objetivo de analisar a implementação e o nível de implantação da PNSB, no período de 2006 a 2009, nos 39 municípios da RMSP.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever o acesso à assistência em Saúde Bucal na RMSP, no período de 2006 a 2009;
2. Descrever a situação dos recursos humanos e físicos relativos à Saúde Bucal na RMSP, no período de 2006 a 2009;
3. Descrever a situação dos municípios da RMSP quanto à adesão ou não aos componentes de Atenção Básica da PNSB, no período de 2006 a 2009;
4. Examinar as características da alocação de recursos nos municípios da RMSP, no período de 2006 a 2009;
5. Explorar as relações entre acesso à assistência em Saúde Bucal e riqueza municipal (PIB *per capita*), alocação de recursos (Despesa Total com Saúde) e capacidade de gasto do município (Receita Disponível *per capita*), além de fatores políticos (partido de filiação dos prefeitos e composição partidária das coligações vencedoras nas eleições de 2004 e partido de filiação dos prefeitos e vices em 2008), no período de 2006 a 2009;
6. Explorar as relações entre acesso à assistência em Saúde Bucal e adesão ou não aos componentes de Atenção Básica da PNSB na RMSP, no período de 2006 a 2009;
7. Explorar as relações entre acesso à assistência em Saúde Bucal, adesão ou não aos componentes de Atenção Básica da PNSB e riqueza municipal (PIB *per*

capita), alocação de recursos (Despesa Total com Saúde) e capacidade de gasto do município (Receita Disponível *per capita*), além de fatores políticos (partido de filiação dos prefeitos e composição partidária das coligações vencedoras nas eleições de 2004 e partido de filiação dos prefeitos e vices em 2008), no período de 2006 a 2009;

4. METODOLOGIA

4.1 A Região Metropolitana de São Paulo

Na década de 1990, MILTON SANTOS salientou que nos “dois últimos decênios, o processo de urbanização vem acompanhado de um processo de metropolização, um salto quantitativo e qualitativo”. Afirmou ainda que tal fenômeno era fruto da “modernização contemporânea, que a globalização tornou irrecusável, modernização que é, ao mesmo tempo, seletiva e não igualitária, privilegiando uma parcela da população com o desenvolvimento simultâneo de novas classes médias e de uma multidão de gente pobre, isto é, aquela parcela bem maior da população para quem a modernização é perversa” (SANTOS, 2009, p. 77).

MACHADO e LIMA (2008) consideram que com “a diversidade e a complexidade dos determinantes sociais da saúde, pode-se supor que as características estruturais e as transformações recentes pelas quais as regiões metropolitanas vêm passando afetam profundamente as condições de vida e de saúde da população residente nessas áreas” (MACHADO e LIMA, 2008, p. 960).

Ainda as mesmas autoras relatam que “aspectos como dinâmica demográfica, as configurações espaciais, as condições socioeconômicas, a situação de infra-estrutura urbana (saneamento, transporte etc.) e o acesso aos serviços públicos têm importantes implicações para a saúde das pessoas e devem ser considerados na formulação e na implementação das políticas públicas [, além de outras peculiaridades] que trazem desafios para a organização do sistema de saúde nessas regiões” (MACHADO e LIMA, 2008, p. 960).

A RMSP, local escolhido para a pesquisa, ocupa 8.051 km² do território paulista, com 39 municípios, incluindo a capital do estado. Em junho de 2011, sua população era estimada em 20.318.808 habitantes (EMPLASA, 2011), além da capital do estado ser o principal centro financeiro do país. Apresenta importantes disparidades urbanas, com luxuosos condomínios residenciais e loteamentos empresariais, comerciais e de serviços

dotados de infra-estrutura completa em saneamento básico e áreas de lazer, contrapondo-se às áreas localizadas fora dos condomínios, que possuem múltiplas carências, sobretudo nas cidades dormitório⁸. A RMSP é o lugar do estudo e a Figura 1 traz as regiões metropolitanas brasileiras, colares metropolitanos⁹ e áreas de expansão.

Figura 1 – Regiões Metropolitanas brasileiras, colares metropolitanos e áreas de expansão em 2009.

Fonte: IBGE.

⁸ Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. Perfil regional da Região Metropolitana de São Paulo com atualização em abril de 2009 [relatório na Internet]. São Paulo; 2009 [acesso em 25/08/2009]. Disponível em: <http://www.planejamento.sp.gov.br/des/textos8/RMSP.pdf>

⁹ Colares metropolitanos são áreas em expansão metropolitana e entorno metropolitano (IBGE, 2011).

Seus municípios são: Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista (Figura 2).

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, a divisão administrativa se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (SÃO PAULO, 2006). Por meio deste o estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde regionalmente e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (Figura 2).

A Região Metropolitana de São Paulo compõe o DRS I (Figura 3) que ainda é subdividida em sete regiões: Mananciais (Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Juquitiba, Itapeverica da Serra, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista), Rota dos Bandeirantes (Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba), Franco da Rocha (Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã), Guarulhos (Guarulhos), Alto Tietê (Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano), Grande ABC (Diadema, Mauá, Rio Grande da Serra, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires, Santo André e São Bernardo do Campo) e São Paulo (São Paulo) (MENDES, 2010).

4.2 Caracterização do estudo

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e interpretativo, cujo material para sua elaboração foi composto por dados secundários, disponíveis em bancos de dados de acesso público, no período de 2006 a 2009 referentes aos municípios da RMSP, ao estado de São Paulo e Brasil. Os dados coletados foram organizados e sistematizados, formando consequentemente um banco de dados exclusivo deste estudo. Os dados foram tabulados utilizando-se o programa EXCEL¹⁰.

4.2.2 Obtenção dos dados

Os dados utilizados na pesquisa foram coletados de bancos de dados de acesso público, além de publicações e acervo bibliográfico científico com busca sistematizada de artigos de periódicos indexados nas Bases de Dados disponibilizadas no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: “política nacional de saúde”; “saúde bucal”; “políticas públicas de saúde”; “sistema único de saúde”; “políticas públicas”. A partir daí foram selecionadas publicações pertinentes, além de outras publicações científicas importantes teoricamente ao tema do estudo.

4.2.3 Fonte de dados

Trabalhar com base de dados secundários, identificando variáveis de interesse de onde estes dados serão extraídos suscita análise crítica, pois a questão da confiabilidade

¹⁰ Microsoft Office Excel 2007. Ink. Disponível em: <http://www.office.microsoft.com/excel>

dos dados deve ser motivo de alerta. Segundo LUQUETI e LAGUARDIA, “a qualidade do dado de um sistema de informação está associada à adequação do uso desse dado para determinada finalidade ou ao grau de aderência entre a representação da realidade registrada no dado do sistema de informação e esse mesmo dado no mundo real” (LUQUETI e LAGUARDIA, 2009). E os autores ainda afirmam que “essa qualidade pode ser aferida por meio das seguintes características: oportunidade, relevância, completeza e confiabilidade desses dados” (LUQUETI e LAGUARDIA, 2009).

A base de dados oficial para a saúde no Brasil é de responsabilidade do DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que tem por objetivos a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis (DATASUS, 2010). A base de dados do DATASUS não é perfeita, porém não deixa de funcionar como uma ferramenta de gestão para os serviços, contanto que seus dados sejam avaliados sob uma perspectiva crítica, já que “um alto grau de confiabilidade das informações não necessariamente significa que os procedimentos listados nos relatórios foram de fato executados pelos profissionais” (LUQUETI e LAGUARDIA, 2009).

Alguns sistemas e cadastros do DATASUS, como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), trazem dados secundários importantes para a avaliação e monitoramento dos serviços e das políticas de saúde de estados e municípios.

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial e aponta em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária completamente inseridos no contexto de reorganização do SUS no país pelo PSF (DATASUS, 2010).

A implantação do SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993 e traz informações sobre o funcionamento e financiamento do SUS (DATASUS, 2010).

E o CNES tem por objetivo disponibilizar informações de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas (DATASUS, 2010).

Além dos dados disponíveis para a saúde, outros bancos de dados foram consultados e serão expostos subsequentemente.

Dos bancos de dados de acesso público foram coletadas as seguintes informações referentes aos 39 municípios da RMSP, no período de 2006 a 2009:

a) Indicador de cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP), presente no Pacto de Atenção Básica 2006 e SISPACTO do DATASUS.

Seus dados são compostos de informação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) calculados utilizando-se o conceito de mês de cobrança. Tendo em vista a mudança ocorrida na descrição deste procedimento, só há dados para 2006.

Este indicador reflete, em percentual o número de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no SUS. A Primeira Consulta Odontológica Programática é aquela em que o indivíduo ingressa num programa de saúde bucal a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico. Esse indicador é utilizado para analisar a cobertura da população que teve acesso a essa consulta, identificando variações geográficas e temporais, subsidiando a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica (DATASUS, 2010).

O método de cálculo consiste da divisão do número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período pela população no mesmo local e período, multiplicando-se o resultado por cem. O numerador tem como fonte o SIA/SUS.

b) Saúde Bucal presente no SIOPS do DATASUS

O SIOPS traz em seu conteúdo uma série de informações sobre o financiamento municipal. Há itens específicos para a saúde bucal no quadro de Receitas da Administração Direta que podem ser consultados por meio de códigos contábeis com previsão atualizada, por categoria econômica, para um município, por ano ou por série

histórica. Um deles tem a designação Saúde Bucal registra as receitas oriundas do Fundo Nacional de Saúde destinadas ao Fundo Municipal de Saúde para financiar as ações básicas de Saúde Bucal. Refere-se às receitas transferidas pela União para o município destinadas à atenção à saúde bucal da família (BRASIL, 2007b).

c) Transferência Centro de Especialidades Odontológicas - CEO presente no SIOPS do DATASUS.

Diz respeito aos recursos transferidos para custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, responsáveis pelo Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2007b).

d) Procedimentos coletivos presente no SIAB do DATASUS.

Procedimento coletivo é um "conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados" (DATASUS, 2010) e cujos componentes estão descritos abaixo:

- i. Bochechos Fluorados - atividade realizada semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, ao longo do ano (mínimo de 25 aplicações).
- ii. Higiene Bucal Supervisionada - atividade realizada trimestralmente, envolvendo a evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada de 100 ou 90 gramas.
- iii. Atividades Educativas em Saúde Bucal - atividade realizada trimestralmente, com o objetivo de enfatizar os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno, etc.).

Os procedimentos deste conjunto não são registrados diariamente. Ao final do mês é informado na coluna "total" o número de pessoas cobertas (número de crianças/mês). E o número de reuniões realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde,

que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária (DATASUS, 2010).

e) Número de consultórios odontológicos SUS presente no CNES do DATASUS.

Este dado está presente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na seção de Recursos Físicos - Ambulatório – Consultórios e pode ser coletado por local e período (DATASUS, 2010). Este dado foi escolhido para o exame do potencial de provisão da assistência em Saúde Bucal nos municípios da RMSP por ser um dado que apresenta menor fragilidade quando comparado ao número de equipamentos odontológicos e número de cirurgões dentistas no SUS.

f) Número de equipamentos odontológicos SUS presente no CNES do DATASUS.

Este dado está presente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na seção de Recursos Físicos - Equipamentos e pode ser coletado por local e período. A opção Equipamentos mostra a quantidade de equipamentos existentes (amalgamadores, fotopolimerizadores, compressores, etc.) disponíveis para o SUS e em uso, por tipo de equipamento (DATASUS, 2010).

g) Número de cirurgões dentistas que atendem no SUS presente no CNES do DATASUS.

Apresenta o quantitativo de profissionais (indivíduos) e de vínculos cadastrados no CNES. Na segunda opção, se um mesmo profissional possuir dois ou mais vínculos, seja em uma mesma instituição ou em estabelecimentos distintos, é contabilizado mais de uma vez. Na primeira opção, é contado apenas uma vez. Porém, algumas fragilidades no dado podem ser caracterizadas, como a carga horária do profissional é um dado não disponível, além de alguns profissionais estarem cadastrados como cirurgões dentistas e não estarem exercendo função na assistência.

A partir de agosto de 2007 as categorias profissionais passaram a ser classificadas pela Classificação Brasileira de Ocupações de 2002. Por isto existem duas opções de tabulação: uma que disponibiliza dados anteriores a agosto de 2007, utilizando a Classificação Brasileira de Ocupações de 1994, e outra com dados de agosto de 2007 em diante, utilizando a classificação mais recente.

As ocupações foram agrupadas em Pessoal de Saúde - Nível Superior, Pessoal de Saúde - Nível Técnico e Auxiliar, Pessoal de Saúde - Nível Elementar, Pessoal Administrativo. Todas as opções de pesquisa possibilitam tabulações a partir das seguintes variáveis básicas: Ensino/Pesquisa, Esfera Administrativa, Natureza, Tipo de Estabelecimento, Tipo de Gestão, Tipo de Prestador. Esta opção encontra-se na categoria Ocupações de Nível Superior (DATASUS, 2010).

h) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB¹¹) que atendem no SUS presente no CNES do DATASUS.

Apresenta o quantitativo de profissionais (indivíduos) e de vínculos cadastrados no CNES. Esta opção encontra-se na categoria Ocupações de Nível Técnico Auxiliar (DATASUS, 2010).

i) Técnicos em Saúde Bucal (TSB¹²) que atendem no SUS presente no CNES do DATASUS.

Enquadra-se na mesma situação do item h.

j) Indicadores econômicos municipais como Despesa Total com Saúde, presente no SIOPS, que se refere aos dados sobre a aplicação de recursos próprios da União, dos estados e dos municípios em ações e serviços públicos de saúde.

Estão disponíveis nos [Cadernos de Informações de Saúde](#) para cada Unidade da Federação e para cada município. O Caderno consiste de uma planilha, contendo

¹¹ Auxiliar de Saúde Bucal é a nova denominação da profissão de Auxiliar de Consultório Dental regulamentada pela Lei Federal 11.889 de 24 de dezembro de 2008.

¹² Técnico em Saúde Bucal é a nova denominação da profissão de Técnicos em Higiene Dental regulamentada pela Lei Federal 11.889 de 24 de dezembro de 2008.

indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde. Eventualmente, as bases de dados residentes nos estados e municípios estão mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir, então, diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos estados e municípios a partir de suas bases (DATASUS, 2010).

k) Número de ESB modalidades I e II presente no SIAB do DATASUS.

É o atendimento prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as Equipes de Saúde da Família. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. As ESB modalidade I são formadas pelo Cirurgião Dentista e o Auxiliar de Saúde Bucal e à modalidade II acrescenta-se o Técnico em Saúde Bucal. Esta opção encontra-se na categoria Equipes de Saúde da Estratégia de Saúde da Família do SIAB (DATASUS, 2010).

l) Cadernos do Pacto de Atenção Básica 2006 presente no DATASUS.

Estão disponíveis, nestas páginas, planilhas contendo as séries históricas (com gráficos) e valores de referência para os indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006, para o Brasil, Unidades da Federação e municípios. As planilhas foram geradas a partir das informações existentes nas bases de dados centralizadas do Ministério da Saúde. Estas planilhas foram elaboradas com a colaboração com a Gerência de Tecnologia da Informação, da [Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina](#) (DATASUS, 2010).

m) Cadernos de Informação em Saúde 2009 presente no DATASUS.

O Caderno consiste de uma planilha, contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde. Eventualmente, as bases de dados residentes nos estados e municípios estão mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir, então, diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos estados e municípios a partir de suas bases (DATASUS, 2010).

n) Estimativa anual da população presente na página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As informações são oriundas de pesquisas e levantamentos correntes do IBGE como os censos, por exemplo (DATASUS, 2010).

o) Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* presente na página eletrônica da Fundação SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – www.seade.gov.br).

O SEADE, fundação vinculada à Secretaria Estadual de Planejamento e Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo, é hoje um centro de referência nacional na produção e disseminação de análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas. Para isso ela realiza pesquisas diretas e levantamentos de informações produzidas por outras fontes, compondo um amplo acervo, disponibilizado gratuitamente, que permite a caracterização de diferentes aspectos da realidade socioeconômica do estado, de suas regiões e municípios e de sua evolução histórica.

Ao longo de mais de 30 anos de atuação, o Seade tem se constituído em uma segura e sempre atualizada fonte de dados sobre o estado de São Paulo. As habilidades que a instituição desenvolve continuamente a capacitam para a criação e aprimoramento de metodologias e ferramentas para a formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, o que tem levado instituições das mais diferentes áreas de atuação a contratá-la para a prestação de serviços técnicos.

Sua extensa e diversificada linha de produtos e serviços tem auxiliado cidadãos, gestores públicos, empresários e jornalistas a compreender melhor as características específicas da realidade paulista, as mudanças sociais, as transformações econômicas e os impactos das políticas públicas nos seus 645 municípios.

O PIB *per capita* de cada município foi estimado pelo quociente entre o valor do PIB do município por sua população residente. Para a população, foi utilizada a estimativa encaminhada pelo IBGE ao Tribunal de Contas da União, em novembro de 2008, tendo 1º de julho de 2008 como data de referência.

É relevante salientar que nem toda a renda gerada no município foi apropriada pela população residente. A geração da renda e o consumo não são necessariamente realizados em um mesmo município. O PIB *per capita* brasileiro em 2008 foi de R\$ 15.989,75 (SEADE, 2010).

p) Receita disponível presente no SIOPS do DATASUS.

A Capacidade da Receita Municipal compreende o diagnóstico da capacidade da receita disponível (arrecadação tributária e as transferências constitucionais para os municípios), contribuindo ao esclarecimento sobre o reforço das finanças próprias e os graus de autonomia e disponibilidade de recursos desses municípios para sustentarem o gasto SUS. Considerou-se mais adequado calcular-se a Receita Disponível *per capita*. Para o cálculo da Receita Disponível *per capita* foi considerada a soma dos Impostos mais as Transferências Constitucionais, indicando a disponibilidade de recursos que o gestor municipal dispõe para realizar a política de saúde (MENDES, 2010).

q) Partido político dos prefeitos e suas coligações nas eleições de 2004 e partido político dos prefeitos e vices para a eleição de 2008. Os dados estão presentes no endereço eletrônico do Tribunal Regional Eleitoral de São Paulo.

Foram coletados os dados referentes às eleições municipais para Prefeito dos anos de 2004 e 2008 (TRE-SP, 2010).

r) Programa Brasil Sorridente presente na Sala de situação do DATASUS.

A “Situação de Saúde” disponibiliza indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como problema de saúde pública. Auxilia na elaboração de análises contextuais utilizadas na formulação de políticas e na avaliação de intervenções específicas no campo da saúde.

Em seu item Ações em Saúde há a possibilidade de acompanhamento das metas físicas, coberturas e repasses financeiros relacionados às principais ações e programas do Ministério da Saúde. A base populacional utilizada refere-se, sempre, ao ano anterior dos dados publicados.

Em virtude das bases de dados estaduais e municipais apresentarem-se mais atualizadas que as bases nacionais, eventualmente, poderão ser verificadas diferenças entre os indicadores disponibilizados na Sala e os calculados por estados e municípios (DATASUS, 2010).

s) Centro de Especialidades Odontológicas - CEO presente na Sala de situação do DATASUS.

Enquadra-se na mesma situação do item r.

Os dados apresentados nas tabelas e gráficos referentes à Receita Disponível *per capita*, PIB *per capita* e Despesa Total com Saúde foram calculados e atualizados, a partir de informações disponibilizadas pelo SIOPS e Fundação SEADE, para valores em reais de janeiro de 2011, sendo assim corrigidos utilizando-se o deflator IGP-DI-FGV¹³ (MENDES, 2010). O nível de implantação da PNSB foi verificado conforme a frequência dos repasses financeiros Saúde Bucal e CEO do SIOPS durante os anos de 2006 a 2009. O nível de implantação foi dividido em ausência de repasses, repasses de um ou outro indicador por um ano, dois anos e três ou quatro anos. Um quadro com esta caracterização foi formulado.

¹³ O que compõe o IGP-DI/FGV:

O IGP-DI/FGV é calculado mensalmente pela FGV.

O IGP-DI/FGV foi instituído em 1944 com a finalidade de medir o comportamento de preços em geral da economia brasileira. É uma média aritmética, ponderada dos seguintes índices:

Índice de Preços no Atacado que mede a variação de preços no mercado atacadista. O IPA pondera em 60% o IGP-DI/FGV.

Índice de Preços ao Consumidor que mede a variação de preços entre as famílias que percebem renda de 1 a 33 salários mínimos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O IPC pondera em 30% o IGP-DI/FGV.

Índice Nacional da Construção Civil que mede a variação de preços no setor da construção civil, considerando no caso tanto materiais como também a mão de obra empregada no setor. O INCC pondera em 10% o IGP-DI/FGV.

DI ou Disponibilidade Interna é a consideração das variações de preços que afetam diretamente as atividades econômicas localizadas no território brasileiro. Não se consideram as variações de preços dos produtos exportados que são considerados somente no caso da variação no aspecto de Oferta Global.

A divulgação ocorre sempre na segunda quinzena do mês seguinte. Portanto, este índice mede a variação de preços de um determinado mês por completo (MENDES, 2010).

4.3 Procedimentos metodológicos

A estratégia para análise dos dados coletados foi a da busca da relação entre as variáveis. Para tanto, houve a construção de tabelas e gráficos de dispersão. O indicador PCOP foi analisado como variável dependente, buscando-se verificar associações com outras variáveis (independentes) como Despesa Total com Saúde, PIB e Receita Disponível *per capita*. Para se estabelecer o grau de associação foram utilizados os Coeficientes de Correlação de Pearson (R) e o de Determinação (R^2)

O termo correlação significa relação nos dois sentidos, ou seja, ao descrever a associação entre duas variáveis, não há julgamento sobre se uma é causa ou consequência da outra (DORIA FILHO, 1999, p. 121). Esta medida de associação é usada quando se deseja estudar a consistência de duas variáveis mudando em conjunto. Isto ocorrendo, diz-se que há uma correlação ou uma covariação, cuja direção e magnitude podem ser quantificadas (DORIA FILHO, 1999, p. 121). Quando os dados são contínuos e há uma correlação linear, determina-se o coeficiente de correlação “R”, cujo valor varia de -1 a +1 [e] “o sinal indica somente se as duas variáveis variam no mesmo sentido (sinal +) ou em sentidos opostos (sinal -) e se $r = 0$, as duas variáveis não variam em conjunto” (DORIA FILHO, 1999, p. 122).

O Coeficiente de Correlação de Pearson (R) “é um número puro usado para classificar a correlação perfeita ($=1$), forte ($>0,75$), média ($>0,5$), fraca ($<0,5$) e inexistente ($=0$) em função de seu afastamento do zero, nos dois sentidos (positivo e negativo), lembrando que a natureza não produz correlações perfeitas” (DORIA FILHO, 1999, p. 126).

O Coeficiente de Determinação (R^2), por sua vez, “é uma medida adimensional para a qualidade do ajuste de uma reta de regressão [...] e dá a proporção da variação total explicada pelo modelo” [sendo que] o menor valor que R^2 pode assumir é zero e o maior é 1 (VIEIRA, 2004, p. 137-138) e, portanto, quanto mais se aproximar de 1 maior a qualidade do ajuste. Importante é saber, sobretudo, que o Coeficiente de Determinação não é uma medida da adequação, embora seja uma medida da qualidade do ajuste do

modelo (VIEIRA, 2004, p. 138). E as correlações terão significância estatística quando seus valores ocorrerem para $p < 0,05$.

Enfim, um ponto importante a considerar é a questão da plausibilidade das associações. VIEIRA (2004) afirma que “as correlações entre duas variáveis observadas ao longo do tempo são, frequentemente, *espúrias* [e] nesses casos, para fazer a análise correta dos dados é preciso remover a *tendência* explicada pelo decorrer do tempo, antes de correlacionar as variáveis” (VIEIRA, 2004, p. 172). A autora ainda cita um exemplo: “nos últimos anos, tem aumentado no Brasil o número de pastores protestantes, a taxa de divórcios, o número de desempregados, os indicadores de violência, o número de escolas de samba [e] se você calcular o coeficiente de correlação entre essas variáveis, duas a duas, achará correlações positivas, mas espúrias” (VIEIRA, 2004, p. 172).

Neste estudo considerou-se a coerência entre as variáveis, no sentido da necessidade de haver compatibilidade entre a associação entre as mesmas e a existência de teoria e conhecimento (PORTA, 2008, p. 116).

4.3.1 Implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal

Para analisar o processo de implementação dos Programas de Saúde Bucal dos municípios da RMSP, após a coleta dos dados, a análise concentrou-se no indicador PCOP no SUS, empregado para avaliar o acesso à assistência odontológica. A PCOP é um indicador que deve ter tendência de alta no decorrer dos anos. Houve, portanto, o exame deste indicador no decorrer dos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009.

Na sequência o PCOP foi analisado juntamente com a Despesa Total com Saúde *per capita*, neste mesmo período, para se ter noção da relação entre investimento em saúde e desempenho do indicador de saúde bucal.

Buscou-se, ainda, a análise dos dados secundários no sentido da identificação de alguma capacidade técnica instalada nos municípios e suas características no exame do número de profissionais de saúde bucal e equipamentos públicos disponíveis nos municípios, no período de 2006 a 2009, no sentido do exame do investimento em

recursos humanos e de infraestrutura dos 39 municípios da RMSP. O número de cirurgões dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal que atendem no SUS configuraria a presença e a característica do modelo de atenção da política pública subsetorial em questão, e a quantidade de equipamentos e consultórios na rede municipal da mesma forma poderiam dar um panorama do potencial de provisão de serviços no setor.

O desempenho municipal do indicador PCOP foi submetido ao exame de fatores estruturais como riqueza municipal (PIB *per capita*) e capacidade de gasto do município (Receita Disponível *per capita*) para a verificação de prováveis associações.

4.3.2 Adesão à PNSB

O Brasil Sorridente trouxe consigo a possibilidade de incentivos financeiros quando da adesão dos municípios às suas prerrogativas e pressupostos no intuito de ampliar e qualificar a “atenção em saúde bucal em todos os níveis, buscando assegurar inclusive atendimento de maior complexidade [preconizando] a expansão de equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde da família, [definindo] como estratégia-chave a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência para as equipes de saúde bucal [além de propor] a implantação de laboratórios de próteses dentárias” (MACHADO et al., 2011). Todas estas ações possuem como estratégia de indução de políticas um repasse financeiro quando da adesão do município.

Estas ações possuem indicadores no SIOPS exceto a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Tal fato foi o motivo da escolha apenas das ações referentes à implantação e expansão de equipes de saúde bucal no PSF e implantação de CEO pelos municípios, pois a frequência e a disponibilidade dos dados secundários traz uma maior confiabilidade para os mesmos. Apesar de haver informações disponíveis na seção de Ações de Saúde Brasil Sorridente e CEO da Sala de Situação do DATASUS e no sítio da *internet* da Coordenação Nacional de Saúde Bucal para municípios

brasileiros com LRPD, a frequência dos dados financeiros constantes no SIOPS prevaleceu na opção da pesquisa para estabelecer a adesão dos municípios ao PNSB.

Por intermédio dos indicadores Saúde Bucal e CEO do SIOPS, houve a identificação dos municípios que aderiram ou não ao componente de Atenção Básica da PNSB, no período de 2006 a 2009.

A partir daí, estabeleceu-se o exame de fatores estruturais como riqueza municipal (PIB *per capita*), alocação de recursos (Despesa Total com Saúde) e capacidade de gasto do município (Receita Disponível *per capita*), além de fatores políticos (partido de filiação do prefeito, vice e coligações nas eleições de 2004 e 2008) como variáveis independentes no sentido da adesão ou não do município a PNSB. O desempenho, examinado pelo PCOP, também foi analisado entre aqueles que aderiram e os municípios que não o fizeram.

5. RESULTADOS

5.1 Implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal

Quanto à implementação dos Programas Municipais de Saúde Bucal, o indicador PCOP foi examinado como forma de subsidiar a capacidade municipal de provisão de serviços desta área.

A Tabela 1 apresenta os resultados para o indicador PCOP do período de 2006 a 2009, dos 39 municípios e do estado de São Paulo, com suas respectivas médias para este mesmo período.

Tabela 1- Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e sua respectiva média.

Municípios da Região Metropolitana e estado de São Paulo	Resultado do indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática				
	2006	2007	2008	2009	Média
Arujá*	4,57	3,47	2,95	3,80	3,69
Barueri*	10,35	7,48	5,85	4,27	6,98
Biritiba-Mirim**	6,36	4,43	6,36	6,40	5,88
Caieiras*	9,88	13,31	9,43	7,66	10,07
Cajamar**	19,80	15,84	27,54	20,00	20,79
Carapicuíba*	1,52	1,50	1,47	1,27	1,44
Cotia*	6,43	5,73	3,15	3,63	4,73
Diadema**	21,20	10,10	4,42	31,31	16,75
Embu**	7,47	8,65	9,06	9,41	8,64
Embu-Guaçu**	4,82	3,83	18,94	2,36	7,48
Ferraz de Vasconcelos*	9,05	8,88	8,11	3,65	7,42
Francisco Morato*	8,80	10,50	11,41	6,98	9,42
Franco da Rocha**	10,80	7,02	4,46	12,89	8,79
Guararema**	6,30	4,22	6,73	9,36	6,65
Guarulhos*	4,74	4,65	4,83	4,60	4,70
Itapeceira da Serra**	13,30	12,90	12,85	16,96	18,24
Itapevi*	6,00	6,11	2,53	6,50	5,28
Itaquaquecetuba*	2,10	3,98	1,78	2,03	2,47
Jandira*	7,85	3,75	5,25	6,01	5,71
Juquitiba*	17,10	13,17	4,24	4,22	9,68
Mairiporã**	3,12	4,10	5,27	3,96	4,11
Mauá*	26,35	17,10	14,00	10,63	17,02
Mogi das Cruzes*	25,34	42,84	33,70	2,34	26,05
Osasco**	1,90	2,70	10,41	4,53	4,88
Pirapora do Bom Jesus*	10,33	9,56	11,55	4,02	5,97
Poá**	5,6	7,89	7,30	7,36	7,03
Ribeirão Pires*	6,20	6,18	3,58	3,04	4,75
Rio Grande da Serra**	10,80	11,01	10,98	17,00	12,44
Salesópolis*	10,57	7,49	7,80	7,65	8,37
Santa Isabel**	13,75	15,03	60,01	16,00	26,19
Santana de Parnaíba*	12,60	10,55	9,12	9,87	10,53
Santo André**	2,46	2,10	2,86	2,80	2,55
São Bernardo do Campo**	4,80	4,10	6,22	5,65	5,19
São Caetano do Sul*	55,70	66,47	24,35	20,30	41,70
São Lourenço da Serra*	13,14	3,59	6,83	4,42	6,99
São Paulo**	2,80	2,40	3,72	3,80	3,18
Suzano*	5,90	5,50	5,34	5,40	5,53
Taboão da Serra*	20,60	18,74	8,72	7,34	13,85
Vargem Grande Paulista**	10,00	11,20	11,34	11,13	10,91
Estado de São Paulo**	9,77	9,55	11,24	11,19	10,43

Fonte: SISPACTO/ DATASUS.

* Tendência Linear de queda.

** Tendência Linear de aumento.

A figura 4 apresenta o PCOP em ordem crescente de sua média para o período de 2006 a 2009 para os municípios da RMSP e estado de São Paulo.

Figura 4 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática apresentada em ordem crescente dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Fonte: SISPACTO/ DATASUS.

Analisando-se a Tabela 1, constata-se que 21 municípios apresentam, para o período, tendência de queda num indicador do qual é de se esperar o inverso, ou seja, do PCOP sempre será esperado uma tendência de aumento de seu patamar, dada a manutenção de certas condições.

Ainda, com o auxílio da Figura 4, observa-se que apenas 11 municípios apresentam a média do indicador, de 2006 a 2009, acima da média do indicador para o estado de São Paulo que é de 10,43%, ou seja, hipoteticamente onde cada 100 pessoas

que buscam por serviços odontológicos do SUS no estado de São Paulo, somente 10 o acessam. Em contraposição, 28 municípios estão abaixo do estado de São Paulo para o PCOP e 27 cidades não atingiram os dois dígitos para a média deste indicador, havendo ainda a constatação de enormes variações do indicador entre as cidades da região (podendo caminhar de 1,44% até 41,70% na média de 2006 a 2009, por exemplo).

Partindo-se do PCOP como variável dependente, buscou-se o cruzamento de seus dados com outras propostas empíricas, funcionando como variáveis independentes.

Numa primeira visão, pode-se intentar relacionar o gasto dos municípios com o setor saúde. O que traria, numa perspectiva lógica, maiores investimentos para uma política subsetorial, no caso a Saúde Bucal.

Examinando-se as despesas totais com saúde dos municípios constata-se, a um primeiro olhar, que parece não haver relação neste quesito, pois dentre aqueles com uma das mais altas médias de despesa total com saúde na região (R\$ 826,74), apresentou desempenho médio para o período de apenas 6,98%. Enquanto que um município com desempenho médio para PCOP dos melhores na região (26,19%) apresentava gasto de R\$ 390,36 por habitante/ano.

No cruzamento dos dados de PCOP com a Despesa Total com Saúde na RMSP, no período de 2006 a 2009, analisando-se município a município separadamente, constatou-se que 24 municípios apresentavam tendência de queda, ou seja, conforme a Despesa Total com Saúde aumentava o PCOP incongruentemente diminuía nestas cidades. Já com os dados em conjunto no gráfico de dispersão, não houve correlação estatisticamente significativa.

A Tabela 2 traz a Despesa Total com Saúde no período de 2006 a 2009 e a respectiva média do período. E a Figura 5 apresenta as médias destas mesmas despesas pela média de PCOP no mesmo período.

Tabela 2 – Despesa total com saúde*** em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e sua respectiva média.

Municípios da Região Metropolitana e estado de São Paulo	Despesa total com saúde R\$				
	2006	2007	2008	2009	Média
Arujá*	209,01	221,22	272,57	273,54	244,08
Barueri*	668,34	778,25	836,07	1.024,32	826,74
Biritiba-Mirim*	245,06	270,59	267,57	296,12	269,83
Caieiras*	197,35	243,33	277,24	247,13	241,26
Cajamar*	512,52	603,67	565,06	624,82	489,59
Carapicuíba*	141,69	152,68	169,91	170,03	158,57
Cotia*	275,33	280,88	280,81	345,05	312,96
Diadema**	440,53	465,11	576,4	622,46	526,12
Embu**	200,11	221,41	227,71	260,76	227,49
Embu-Guaçu*	221,25	302,59	294,02	353,28	292,78
Ferraz de Vasconcelos*	107,37	130,49	147,31	144,43	132,40
Francisco Morato*	177,32	207,94	210,42	218,81	203,62
Franco da Rocha**	183,92	183,46	215,94	251,57	208,72
Guararema**	309,16	394,97	457,20	474,18	408,87
Guarulhos*	290,32	290,14	313,45	363,59	314,37
Itapequerica da Serra*	240,40	256,51	247,75	NI	248,22
Itapevi*	197,35	256,19	295,99	312,84	265,59
Itaquaquecetuba*	127,17	144,53	152,90	162,96	146,89
Jandira*	239,34	255,52	279,86	289,90	266,15
Juquitiba*	328,35	344,83	350,94	341,82	341,48
Mairiporã**	265,62	281,79	282,22	313,88	285,87
Mauá*	326,53	372,47	359,24	332,97	347,80
Mogi das Cruzes*	156,61	173,09	188,2	312,63	207,63
Osasco**	286,31	345,17	370,63	422,12	356,05
Pirapora do Bom Jesus**	376,20	360,64	432,09	333,15	375,52
Poá**	264,20	250,42	306,06	342,01	290,67
Ribeirão Pires*	274,43	316,01	327,73	410,07	332,06
Rio Grande da Serra**	180,62	179,13	183,1	199,00	185,46
Salesópolis*	265,08	287,01	344,45	344,97	310,37
Santa Isabel**	316,92	382,88	419,51	442,16	390,36
Santana de Parnaíba*	408,63	489,72	462,29	527,52	472,04
Santo André**	317,58	342,48	397,24	435,53	373,20
São Bernardo do Campo**	395,57	459,35	518,70	495,28	467,22
São Caetano do Sul*	764,19	794,54	927,76	937,97	856,11
São Lourenço da Serra**	408,89	374,92	343,62	376,06	375,87
São Paulo**	357,25	349,48	407,09	466,87	395,17
Suzano*	194,19	228,24	258,12	294,24	243,69
Taboão da Serra*	316,37	344,40	345,08	364,84	342,67
Vargem Grande Paulista**	303,76	378,82	373,86	378,45	358,72
Estado**	292,62	308,25	332,11	353,36	321,58

Fonte: SIOPS/ DATASUS.

* Tendência Linear de queda quando correlacionada com o PCOP.

** Tendência Linear de aumento quando correlacionada com o PCOP.

*** Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

Figura 5 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Despesa Total com Saúde* dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Fonte: SIOPS/DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

A partir daí, buscou-se a relação destes resultados com algumas outras variáveis referentes à implementação dos Programas de Saúde Bucal da RMSP.

Variáveis que certamente deveriam estar presentes na implementação de Programas Municipais de Saúde Bucal seriam aquelas relacionadas ao investimento na contratação de recursos humanos para a área.

O número de cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos em saúde bucal presentes nos municípios da RMSP, no período de 2006 a 2009 são colocados nas Tabelas 3, 4 e 5, respectivamente.

Tabela 3 – Número de Cirurgiões Dentistas que atendem no SUS em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Cirurgiões Dentistas que atendem no SUS			
	2006	2007	2008	2009
Arujá*	16	15	7	14
Barueri	64	70	81	104
Biritiba-Mirim	11	12	12	12
Caieiras**	17	15	17	17
Cajamar*	27	18	21	20
Carapicuíba	30	30	32	38
Cotia	21	20	22	24
Diadema	59	65	74	74
Embu	31	33	36	32
Embu-Guaçu*	13	11	9	10
Ferraz de Vasconcelos*	60	60	52	42
Francisco Morato*	17	16	16	16
Franco da Rocha*	37	38	36	36
Guararema*	6	6	2	3
Guarulhos	180	207	201	207
Itapeçerica da Serra*	30	30	29	25
Itapevi*	29	15	18	16
Itaquaquecetuba*	30	27	26	22
Jandira**	12	11	12	12
Juquitiba**	6	6	6	6
Mairiporã	13	15	15	15
Mauá*	72	77	81	66
Mogi das Cruzes	56	111	103	101
Osasco	93	110	120	131
Pirapora do Bom Jesus	3	6	5	4
Poá*	21	18	16	15
Ribeirão Pires*	28	25	26	24
Rio Grande da Serra**	4	4	4	4
Salesópolis	6	4	6	6
Santa Isabel	8	14	16	18
Santana de Parnaíba	18	21	23	20
Santo André	52	56	70	72
São Bernardo do Campo	71	84	92	91
São Caetano do Sul	41	42	44	45
São Lourenço da Serra*	3	3	4	2
São Paulo	1716	1754	1891	1928
Suzano	33	36	32	35
Taboão da Serra*	51	45	43	38
Vargem Grande Paulista*	9	8	3	7

Fonte: CNES/ DATASUS.

* Municípios em que o número de Cirurgiões Dentistas diminuiu no período.

** Municípios em que o número de Cirurgiões Dentistas permaneceu o mesmo no período.

Tabela 4 – Número de Auxiliares em Saúde Bucal (ASB)* em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	ASB que atendem no SUS			
	2006	2007	2008	2009
Arujá**	-	-	-	-
Barueri	-	3	2	2
Biritiba-Mirim	-	2	1	2
Caieiras	2	2	2	2
Cajamar	-	13	10	11
Carapicuíba**	-	-	-	-
Cotia	8	14	15	15
Diadema	20	35	67	75
Embu	19	23	29	31
Embu-Guaçu	4	5	6	6
Ferraz de Vasconcelos	11	18	20	13
Francisco Morato	6	11	14	13
Franco da Rocha	6	7	13	12
Guararema**	-	-	-	-
Guarulhos	30	55	112	112
Itapecerica da Serra	-	5	4	7
Itapevi	-	3	8	9
Itaquaquecetuba	1	7	8	13
Jandira	-	3	6	5
Juquitiba	1	2	2	2
Mairiporã	-	2	4	4
Mauá	23	59	51	34
Mogi das Cruzes	1	-	1	1
Osasco	5	3	7	5
Pirapora do Bom Jesus	-	1	2	2
Poá	-	4	6	8
Ribeirão Pires	-	-	9	10
Rio Grande da Serra**	-	-	-	-
Salesópolis**	-	-	-	-
Santa Isabel	9	10	13	13
Santana de Parnaíba	3	4	4	9
Santo André	9	28	43	45
São Bernardo do Campo	19	19	23	22
São Caetano do Sul	3	8	10	13
São Lourenço da Serra	-	1	1	1
São Paulo	150	355	566	871
Suzano	13	16	23	25
Taboão da Serra	12	17	19	27
Vargem Grande Paulista	-	-	11	11

Fonte: CNES/DATASUS.

* Também denominados nos anos desta pesquisa como Auxiliares de Consultório Dentário e Auxiliares de Consultório Dentário de Saúde da Família.

** Municípios sem ASB e TSB.

Tabela 5 - Número de Técnicos em Saúde Bucal (TSB)* em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	TSB que atendem no SUS			
	2006	2007	2008	2009
Arujá**	-	-	-	-
Barueri	7	11	14	13
Biritiba-Mirim	-	-	-	-
Caieiras	-	-	-	-
Cajamar	-	-	-	-
Carapicuíba**	-	-	-	-
Cotia	-	-	1	1
Diadema	12	13	18	18
Embu	12	13	12	13
Embu-Guaçu	1	2	2	1
Ferraz de Vasconcelos	-	-	-	-
Francisco Morato	-	-	-	-
Franco da Rocha	-	-	-	-
Guararema**	-	-	-	-
Guarulhos	1	-	13	13
Itapecerica da Serra	3	4	3	3
Itapevi	-	-	-	-
Itaquaquecetuba	-	-	-	-
Jandira	-	2	1	1
Juquitiba	-	-	-	-
Mairiporã	-	-	-	-
Mauá	6	-	-	-
Mogi das Cruzes	-	-	-	-
Osasco	-	-	-	-
Pirapora do Bom Jesus	-	-	-	-
Poá	-	3	3	4
Ribeirão Pires	4	3	2	2
Rio Grande da Serra**	-	-	-	-
Salesópolis**	-	-	-	-
Santa Isabel	-	-	-	-
Santana de Parnaíba	-	-	-	-
Santo André	5	5	5	3
São Bernardo do Campo	4	4	-	-
São Caetano do Sul	5	6	8	8
São Lourenço da Serra	-	-	-	-
São Paulo	88	70	67	167
Suzano	-	-	-	-
Taboão da Serra	5	3	2	1
Vargem Grande Paulista	-	-	-	-

Fonte: CNES/DATASUS.

* Também denominados nos anos desta pesquisa como Técnicos em Higiene Dental e Técnicos em Higiene Dental de Saúde da Família.

* Municípios sem ASB e TSB.

A análise dos dados demonstra que em 16 municípios o número de cirurgiões dentistas diminuiu de 2006 para 2009. E quatro cidades permaneceram com a mesma quantidade de dentistas de 2006 para 2009. Porém, há fragilidade no dado, pois a carga horária dos profissionais não é especificada e certamente há profissionais que não prestam serviço na assistência.

Ainda analisando os recursos humanos, percebe-se que cinco das 39 cidades não possuem quaisquer profissionais da equipe auxiliar para a Saúde Bucal e 23 municípios não contam com o Técnico em Saúde Bucal em seu quadro de funcionários. A quantidade de equipamentos odontológicos no SUS para a região, no decorrer do período de 2006 a 2009, está nas Tabelas 6. Já a proporção entre o total de consultórios odontológicos do SUS e estimativa populacional apresenta-se na Tabela 7. E diriam respeito ao investimento em infraestrutura para a Saúde Bucal.

Tabela 6 - Número de equipamentos odontológicos disponíveis no SUS em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Nº de Equipamentos Odontológicos SUS			
	2006	2007	2008	2009
Arujá	-	6	6	9
Barueri	-	-	11	12
Biritiba-Mirim*	-	3	3	3
Caieiras	-	11	13	13
Cajamar	-	8	10	10
Carapicuíba*	-	9	9	9
Cotia	-	13	13	25
Diadema	-	21	29	134
Embu	-	12	13	31
Embu-Guaçu*	-	20	20	20
Ferraz de Vasconcelos	-	9	9	13
Francisco Morato	-	52	57	57
Franco da Rocha	-	19	19	23
Guararema	-	2	2	9
Guarulhos	-	82	221	343
Itapeverica da Serra	-	16	16	15
Itapevi	-	6	13	23
Itaquaquecetuba	-	14	20	29
Jandira*	-	9	9	9
Juquitiba	-	1	6	6
Mairiporã	-	5	5	11
Mauá	-	23	38	44
Mogi das Cruzes	-	28	38	38
Osasco	-	48	60	201
Pirapora do Bom Jesus	-	3	3	4
Poá	-	9	10	24
Ribeirão Pires	-	12	17	17
Rio Grande da Serra*	-	1	1	1
Salesópolis*	-	3	2	2
Santa Isabel	-	13	14	43
Santana de Parnaíba	-	10	9	18
Santo André	-	34	74	74
São Bernardo do Campo	-	32	43	51
São Caetano do Sul	-	14	18	21
São Lourenço da Serra*	-	3	3	3
São Paulo	-	508	929	1.274
Suzano	-	20	26	33
Taboão da Serra	-	13	14	14
Vargem Grande Paulista	-	5	11	11

Fonte: CNES/DATASUS.

* Municípios em que o número de equipamentos disponíveis no SUS permaneceu o mesmo ou diminuiu.

Tabela 7 – Proporção do número de consultórios odontológicos disponíveis no SUS pela estimativa da população em municípios da Região metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	2006	2007	2008	2009
Arujá	1 / 9.390	1 / 5.964	1 / 5.640	1 / 5.780
Barueri	1 / 8.566	1 / 5.483	1 / 5.089	1 / 3.752
Biritiba-Mirim	1 / 9.897	1 / 4.351	1 / 4.172	1 / 3.294
Caieiras	1 / 8.635	1 / 6.161	1 / 4.816	1 / 4.200
Cajamar	1 / 6.334	1 / 4.160	1 / 3.473	1 / 2.894
Carapicuíba	1 / 13.915	1 / 13.670	1 / 13.397	1 / 13.090
Cotia	1 / 12.834	1 / 10.240	1 / 7.787	1 / 5.689
Diadema	1 / 9.883	1 / 7.568	1 / 5.973	1 / 5.099
Embu	1 / 10.244	1 / 9.677	1 / 10.656	1 / 8.023
Embu-Guaçu	1 / 18.042	1 / 14.895	1 / 10.283	1 / 10.356
Ferraz de Vasconcelos	1 / 17.653	1 / 18.169	1 / 10.996	1 / 9.957
Francisco Morato	1 / 17.058	1 / 16.013	1 / 8.169	1 / 8.278
Franco da Rocha	1 / 7.801	1 / 4.991	1 / 4.310	1 / 4.105
Guararema	1 / 12.409	1 / 8.419	1 / 8.841	1 / 4.495
Guarulhos	1 / 6.290	1 / 4.747	1 / 4.140	1 / 3.777
Itapequerica da Serra	1 / 13.520	1 / 9.833	1 / 8.373	1 / 7.713
Itapevi	1 / 13.512	1 / 13.917	1 / 7.214	1 / 6.862
Itaquaquecetuba	1 / 25.196	1 / 22.800	1 / 18.499	1 / 17.107
Jandira	1 / 11.332	1 / 9.714	1 / 8.486	1 / 8.009
Juquitiba	1 / 31.256	1 / 31.978	1 / 9.696	1 / 9.778
Mairiporã	1 / 7.502	1 / 6.439	1 / 4.840	1 / 3.597
Mauá	1 / 4.987	1 / 3.977	1 / 3.786	1 / 3.211
Mogi das Cruzes	1 / 5.729	1 / 2.367	1 / 2.184	1 / 1.975
Osasco	1 / 5.908	1 / 3.322	1 / 3.113	1 / 2.796
Pirapora do Bom Jesus*	1 / 5.224	1 / 5.391	1 / 5.136	1 / 5.235
Poá	1 / 11.021	1 / 6.611	1 / 6.530	1 / 5.355
Ribeirão Pires	1 / 2.830	1 / 2.420	1 / 1.920	1 / 1.866
Rio Grande da Serra	1 / 14.135	1 / 43.205	1 / 10.303	1 / 10.399
Salesópolis*	1 / 5.525	1 / 4.226	1 / 5.299	1 / 5.348
Santa Isabel	1 / 8.000	1 / 8.108	1 / 6.663	1 / 3.607
Santana de Parnaíba	1 / 7.863	1 / 8.181	1 / 7.909	1 / 6.016
Santo André	1 / 5.178	1 / 3.207	1 / 3.012	1 / 2.448
São Bernardo do Campo	1 / 6.280	1 / 4.015	1 / 3.083	1 / 2.550
São Caetano do Sul	1 / 1.586	1 / 1.074	1 / 1.111	1 / 921
São Lourenço da Serra*	1 / 5.222	1 / 5.395	1 / 5.921	1 / 6.099
São Paulo	1 / 6.263	1 / 3.646	1 / 2.993	1 / 2.376
Suzano	1 / 8.494	1 / 6.859	1 / 5.944	1 / 4.988
Taboão da Serra	1 / 7.271	1 / 7.174	1 / 5.481	1 / 5.413
Vargem Grande Paulista*	1 / 9.022	1 / 9.397	1 / 7.277	1 / 8.951

Fonte: CNES/DATASUS/IBGE.

* Municípios em que o número de consultório disponíveis no SUS permaneceu inalterado no período.

Em relação aos equipamentos odontológicos e aos consultórios odontológicos do SUS percebe-se que em seis Municípios o número de equipamentos disponíveis no SUS permaneceu o mesmo ou diminuiu. E em três deles o número de consultório odontológicos disponíveis no SUS permaneceu inalterado no período de 2006 a 2009.

Como a carga horária para o dentista não é informação disponível no CNES e a disponibilidade das informações dos equipamentos odontológicos não foi frequente para o período, a proporção entre consultórios odontológicos pela estimativa da população pode traduzir o potencial do município na assistência odontológica, além de trazer, comparativamente, elementos mais precisos para a análise. A Tabela 7 mostrou a grande variação entre os municípios da RMSP, indo de uma proporção de um consultório para 921 habitantes em São Caetano do Sul, em 2009, passando por municípios com proporção média superior a um consultório para mais de 20.000 pessoas, de 2006 a 2009, em Itaquaquecetuba e chegando a proporção de um consultório para 43.205 pessoas em Juquitiba, ou seja, no ano de 2007 havia um consultório para toda a cidade neste município.

Subseqüentemente, o desempenho municipal do indicador PCOP foi submetido ao exame de fatores estruturais no tocante a riqueza municipal, traduzida pelo PIB *per capita*, e a capacidade de gasto do município demonstrada pela Receita Disponível *per capita*. A Figura 6 apresenta a PCOP correlacionada ao PIB *per capita*, no período de 2006 a 2008, já que na época da coleta de dados não houve dados disponíveis para o ano de 2009.

Figura 6 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de PIB *per capita** dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006/DATASUS e SEADE.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

Observa-se pela Figura 6 que apenas cinco municípios apresentam a média do PIB *per capita* acima dos R\$ 40.000,00 para o período de 2006 a 2009. E os outros 34 municípios demonstram que estatisticamente não há correlação entre desempenho do indicador PCOP e o PIB *per capita*. O desempenho do PCOP para o período estudado não está correlacionado a riqueza municipal, já que seu valor expressa uma correlação fraca e estatisticamente sem significância.

A Figura 7 mostra o PCOP em sua média para o período conjuntamente com a média de Receita Disponível *per capita* dos municípios da RMSP, no período de 2006 a 2009.

Figura 7 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Receita Disponível *per capita** *per capita* dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Fonte: SIOPS/DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

A Figura 7 mostra que apenas sete municípios ultrapassam a faixa do R\$ 1.500,00 de Receita Disponível *per capita* que é calculada utilizando-se a soma dos impostos e as transferências constitucionais anuais divididos pela estimativa populacional anual do município em questão. Dos resultados depreende-se que estatisticamente também não há correlação entre a média de PCOP e a média de Receita Disponível *per capita*.

5.2 Adesão à PNSB

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), implantada em 2004, no primeiro mandato do Governo Lula teve um objetivo fundamental: induzir a reorganização da atenção básica referente às ações de Saúde Bucal. Para tanto, incluiu em sua estratégia a indução de políticas ancorada em repasses de verbas para custeio e implantação de suas diretrizes aos municípios brasileiros.

A RMSP é a mais populosa do Brasil e apresenta a menor média de cobertura do Programa Brasil Sorridente, com 7,4%. Há necessidade de um aprofundamento na análise deste número, pois além da baixa média de cobertura encontrada no município de São Paulo, com 5,1%, que carrega o desempenho da RMSP para baixo, alguns municípios da região não aderiram à PNSB no período estudado. A seguir, a Tabela 8 mostra a cobertura do Brasil Sorridente nas 16 Regiões Metropolitanas brasileiras mais populosas.

Tabela 8 – Cobertura populacional do Programa Brasil Sorridente para as 16 Regiões Metropolitanas mais populosas do Brasil, o Brasil, estado de São Paulo e Baixada Santista, no período de 2006 a 2009, com suas médias.

Programa Brasil Sorridente	Cobertura populacional em %				
	2006	2007	2008	2009	Média
Região Metropolitana de São Paulo	4,6	6,3	8,5	10,1	7,4
Região Metropolitana de Belém	6,0	5,3	9,3	11,3	8,0
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	6,6	9,0	8,6	11,9	9,0
Região Metropolitana de Porto Alegre	8,3	8,4	10,0	13,4	10,0
Região Metropolitana da Baixada Santista	8,8	14,5	16,1	14,6	13,5
Região Metropolitana de Goiânia	20,6	21,2	23,6	24,8	22,5
Região Metropolitana de Campinas	21,3	20,9	22,8	26,6	22,9
Região Metropolitana de Grande Vitória	21,3	17,1	25,6	34,5	24,6
Região Metropolitana de Salvador	29,5	27,1	19,9	26,6	25,8
Região Metropolitana de Belo Horizonte	29,8	28,1	30,1	33,6	30,4
Região Metropolitana de Grande São Luís	33,8	34,2	34,7	36,6	34,8
Região Metropolitana de Maceió	33,2	36,0	35,2	36,3	35,2
Região Metropolitana de Curitiba	39,6	43,0	30,2	48,1	40,2
Região Metropolitana de Florianópolis	30,6	41,6	54,3	59,5	46,5
Região Metropolitana de Recife	41,7	46,9	48,7	55,2	48,1
Região Metropolitana de Natal	86,3	82,6	60,1	84,2	57,7
Região Metropolitana de Fortaleza	66,0	64,2	46,5	61,0	59,5
Estado de São Paulo	13,1	14,9	15,0	19,6	15,7
Brasil	39,8	40,9	39,4	47,5	41,9

Fonte: Sala de situação/DATASUS.

Quanto aos fundamentos desta política subsetorial quando a opção é pela Estratégia da Saúde da Família com a inclusão de Equipes de Saúde Bucal Modalidade I e/ou II no PSF, tal decisão seria acompanhada de repasse de verbas federais de incentivo às ações de Saúde Bucal (Saúde Bucal¹⁴). Outra forma de opção de participação municipal nos incentivos do Brasil Sorridente é a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que também seria acompanhada de repasses federais (CEO¹⁵). As Tabelas 9 e 10, respectivamente, apresentam o repasse de verbas aos municípios da RMSP relativos à adesão do município à Estratégia de Saúde da Família com a inclusão de ESB modalidades I e/ou II (Indicador Saúde Bucal) e à adesão aos Centros de Especialidades Odontológicas (Indicador CEO).

¹⁴ Indicador presente no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde do DATASUS.

¹⁵ Indicador presente no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde do DATASUS.

Tabela 9 - Indicador Saúde Bucal do SIOPS em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	SIOPS-SAÚDE BUCAL- em R\$ 1.000,00			
	2006	2007	2008	2009
Arujá*	-	-	-	-
Barueri*	-	-	-	-
Biritiba-Mirim*	-	-	-	-
Caieiras	-	10	-	-
Cajamar	100	20	100	79
Carapicuíba	-	-	-	-
Cotia	62	65	65	40
Diadema	215	-	-	-
Embu	-	-	-	-
Embu-Guaçu	50	67,2	-	67,2
Ferraz de Vasconcelos	-	20,4	130	96,2
Francisco Morato	76,6	65	150	148,4
Franco da Rocha	30	35	10	-
Guararema*	-	-	-	-
Guarulhos	415,7	-	-	-
Itapecerica da Serra	-	-	-	NI**
Itapevi*	-	-	-	-
Itaquaquecetuba	296,4	40,8	40,8	40,8
Jandira	-	-	110,4	-
Juquitiba*	-	-	-	-
Mairiporã	45,3	44,2	45	48
Mauá	30	350	371	371
Mogi das Cruzes*	-	-	-	-
Osasco	-	-	-	-
Pirapora do Bom Jesus	20	-	-	-
Poá	-	-	30	20
Ribeirão Pires	-	-	-	-
Rio Grande da Serra*	-	-	-	-
Salesópolis*	-	-	-	-
Santa Isabel	111,5	102	134,6	134,7
Santana de Parnaíba	0	2	30	40
Santo André	59	29,5	180	340
São Bernardo do Campo	-	-	-	-
São Caetano do Sul	52,8	160	105,6	158,4
São Lourenço da Serra*	-	-	-	-
São Paulo	448,9	403,2	3.184	-
Suzano	-	-	-	-
Taboão da Serra	-	30	61	65
Vargem Grande Paulista	13,8	18,6	34,2	51

Fonte: DATASUS

* Municípios que não recebem repasse para Saúde Bucal e CEO; ** Não informado.

Tabela 10 - Indicador CEO do SIOPS em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	SIOPS-CEO- em R\$ 1.000,00			
	2006	2007	2008	2009
Arujá*	-	-	-	-
Barueri*	-	-	-	-
Biritiba-Mirim*	-	-	-	-
Caieiras	-	-	-	-
Cajamar	-	-	-	-
Carapicuíba	100	100	100	110
Cotia	-	80	198,4	200
Diadema	105,6	-	-	-
Embu	79,2	79,2	-	-
Embu-Guaçu	-	79,2	-	79,2
Ferraz de Vasconcelos	-	-	-	-
Francisco Morato	-	-	-	-
Franco da Rocha	-	-	-	-
Guararema*	-	-	-	-
Guarulhos	422,4	-	-	-
Itapeverica da Serra	105	106	-	NI**
Itapevi*	-	-	-	-
Itaquaquecetuba	-	-	-	-
Jandira	-	-	-	-
Juquitiba*	-	-	-	-
Mairiporã	59,4	52,8	70	79
Mauá	200,8	106	512	712
Mogi das Cruzes*	-	-	-	-
Osasco	-	105,6	-	-
Pirapora do Bom Jesus	-	-	-	-
Poá	-	-	-	-
Ribeirão Pires	-	105,6	88	100
Rio Grande da Serra*	-	-	-	-
Salesópolis*	-	-	-	-
Santa Isabel	-	-	-	-
Santana de Parnaíba	80	60	70	80
Santo André	194,4	255,2	102,6	527,2
São Bernardo do Campo	-	-	-	30,8
São Caetano do Sul	-	-	-	184
São Lourenço da Serra*	-	-	-	-
São Paulo	684	4.114	11.799	3.062
Suzano	-	96	105	-
Taboão da Serra	27	-	105,6	-
Vargem Grande Paulista	-	-	-	-

Fonte: DATASUS.

* Municípios que não recebem repasse para Saúde Bucal e CEO.

** Não informado.

Quanto a estes dados pode-se observar que dez cidades, entre os anos de 2006 e 2009, não aderiram a nenhum dos dois tipos de incentivos. Observa-se que para o repasse Saúde Bucal houve 17 municípios que ficaram sem o mesmo no período estudado, enquanto que para o repasse CEO foram 21 os municípios.

Quando a frequência dos repasses é analisada, verifica-se que 8 cidades obtiveram incentivos financeiros federais somente por um ano do período estudado, ou com Saúde Bucal ou com CEO e duas destas cidades tiveram os dois repasses juntos neste ano. Ainda com relação à frequência de incentivos, quando são verificados os municípios com repasses por dois anos do período estudado, ou com Saúde Bucal ou CEO, seis cidades enquadram-se nesta característica. Foram 15 municípios que tiveram um repasse por 3 ou 4 anos num dos dois tipos de incentivos e somente 3 deles tiveram repasses dos dois tipos durante todo o período estudado.

Quadro 1 - Nível de implantação da PNSB conforme frequência de repasses federais Saúde Bucal e CEO em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Nível de implantação da PNSB aferido pela frequência de repasses federais Saúde Bucal e CEO, no período de 2006 a 2009.	Número de municípios
Sem repasses federais	10
Repasses federais Saúde Bucal e/ou CEO em apenas um ano	8
Repasses federais Saúde Bucal e/ou CEO por dois anos	6
Repasses federais Saúde Bucal e/ou CEO por três e quatro anos	15

Poderia se esperar que no quesito das Equipes de Saúde Bucal os municípios não acompanhassem a Estratégia da Saúde da Família e, portanto, não tivessem a

possibilidade de incluí-las. No entanto, apenas sete municípios não possuem cobertura para o Programa Saúde da Família na região (Tabela 11 e Figura 8), mas catorze municípios não possuem Equipes de Saúde Bucal em nenhuma Modalidade, entre os anos de 2006 e 2009 (Tabelas 12 e 13 e Figura 9). No entanto, para este fator a inclusão de pessoal auxiliar (Atendentes de Saúde Bucal e Técnicos em Saúde Bucal) nas Equipes de Saúde Bucal poderia traduzir-se como barreira para a formação destas equipes e, conseqüentemente, para sua adesão ao formato da política, pois principalmente o Técnico em Saúde Bucal é um profissional com baixa disponibilidade no mercado de trabalho, apesar desse tipo de pessoal de saúde ter sido incorporado ao pessoal odontológico desde meados da década de 1970. Alguns municípios ainda não possuem estes profissionais em seu quadro de trabalhadores e necessitariam da criação do cargo antes de pensar na formação das equipes.

Houve também a verificação das Ações de Saúde da Sala de Situação do DATASUS para os Programas Brasil Sorridente e CEO, onde surgiram discordâncias de informações entre os municípios que aderiram e os que não aderiram à PNSB. Na Sala de Situação eram 9 os municípios que não aderiram à PNSB no período estudado e o município de Caieiras apresentava-se como um dos que não aderiu. Biritiba-Mirim e Itapevi apresentavam-se como municípios que aderiram à PNSB. Porém, optou-se por utilizar como parâmetro os indicadores Saúde Bucal e CEO do SIOPS.

As Tabelas 11, 12 e 13, respectivamente, apresentam o percentual de cobertura para o PSF, o número de ESB modalidade I e modalidade II dos municípios da RMSP, no período de 2006 a 2009. A criação das ESB tem que ter dois pré-requisitos, a opção municipal previamente realizada ao PSF e a presença em seu quadro de funcionários de pelo menos o Auxiliar de Saúde Bucal, mas também para que os repasses pudessem ser maiores, da presença do Técnico de Saúde Bucal.

Tabela 11 – Percentual de população coberta pelo Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	População coberta pelo PSF %			
	2006	2007	2008	2009
Arujá*	-	-	-	-
Barueri*	0,1	0,1	-	-
Biritiba-Mirim	24	44,9	47,3	52,3
Caieiras*	-	-	-	-
Cajamar	49,6	60	66,3	65,9
Carapicuíba*	-	-	-	-
Cotia	15	0,8	0,3	4,3
Diadema	36,6	39,6	72,1	83,6
Embu	10,1	14,1	19,4	22,7
Embu-Guaçu	17,4	17,4	21,1	20,9
Ferraz de Vasconcelos	23,2	22,3	39,4	33,7
Francisco Morato	47,2	44,4	46,5	49,5
Franco da Rocha	18,1	16,4	15,2	15,6
Guararema*	-	-	-	-
Guarulhos	22,5	24,5	21,7	20,4
Itapecerica da Serra	1,8	1,2	2,1	2,1
Itapevi	27,9	27,5	29,9	32,6
Itaquaquecetuba	9,3	9,7	11	7,2
Jandira	13,8	-	-	-
Juquitiba	81,7	80,8	90,6	77,3
Mairiporã	27,4	27,8	26,4	26,4
Mauá	43,7	39,2	36,6	36,2
Mogi das Cruzes	6,9	6,9	7	6,4
Osasco	3	5,2	-	-
Pirapora do Bom Jesus	106,4	100,2	111	36,5
Poá	20	20,1	20,5	28
Ribeirão Pires*	-	-	-	-
Rio Grande da Serra	27,2	33,8	35,5	35,2
Salesópolis*	-	-	-	-
Santa Isabel	40,7	45,8	57,9	51,2
Santana de Parnaíba	4,7	4,6	4,6	4,8
Santo André	12	17,6	19,3	16,9
São Bernardo do Campo	7,4	3,3	5,3	6,1
São Caetano do Sul	49,9	65,7	6,6	51,3
São Lourenço da Serra	93,1	156,4	162	75,5
São Paulo	27,2	30	30,6	30,1
Suzano	3	6,1	11,4	10,7
Taboão da Serra	26,9	30,1	36,2	37,2
Vargem Grande Paulista	33,6	48,4	53,7	31,6

Fonte: DATASUS.

* Municípios sem cobertura para o Programa de Saúde da Família.

Tabela 12 – Número de Equipes de Saúde Bucal Modalidade I do Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Nº Equipes de Saúde Bucal Modalidade I			
	2006	2007	2008	2009
Arujá*	SI**	-	-	-
Barueri*	SI	-	-	-
Biritiba-Mirim	SI	1	1	1
Caieiras*	SI	-	-	-
Cajamar	SI	1	6	6
Carapicuíba*	SI	-	-	-
Cotia	SI	2	3	4
Diadema	SI	5	28	29
Embu	SI	-	-	2
Embu-Guaçu	SI	2	2	2
Ferraz de Vasconcelos	SI	2	5	5
Francisco Morato	SI	5	7	7
Franco da Rocha	SI	-	-	2
Guararema*	SI	-	-	-
Guarulhos	SI	55	57	49
Itapeçerica da Serra	SI	1	1	1
Itapevi	SI	-	3	5
Itaquaquecetuba	SI	-	2	0
Jandira*	SI	-	-	-
Juquitiba*	SI	-	-	-
Mairiporã	SI	2	2	2
Mauá	SI	29	28	32
Mogi das Cruzes*	SI	-	-	-
Osasco*	SI	-	-	-
Pirapora do Bom Jesus	SI	-	1	1
Poá	SI	-	1	-
Ribeirão Pires*	SI	-	-	-
Rio Grande da Serra*	SI	-	-	-
Salesópolis*	SI	-	-	-
Santa Isabel	SI	6	7	7
Santana de Parnaíba	SI	2	2	2
Santo André	SI	1	8	8
São Bernardo do Campo*	SI	-	-	-
São Caetano do Sul	SI	-	-	-
São Lourenço da Serra*	SI	-	-	-
São Paulo	SI	16	49	104
Suzano	SI	-	2	6
Taboão da Serra	SI	5	7	7
Vargem Grande Paulista	SI	-	2	1

Fonte: DATASUS.

* Municípios sem Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

**Sem informação.

Tabela 13 – Número de Equipes de Saúde Bucal Modalidade II do Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Nº Equipes de Saúde Bucal Modalidade II			
	2006	2007	2008	2009
Arujá*	SI**	-	-	-
Barueri*	SI	-	-	-
Biritiba-Mirim	SI	-	-	-
Caieiras*	SI	-	-	-
Cajamar	SI	-	-	-
Carapicuíba*	SI	-	-	-
Cotia	SI	-	-	-
Diadema	SI	2	16	16
Embu	SI	7	9	11
Embu-Guaçu	SI	1	1	1
Ferraz de Vasconcelos	SI	-	-	-
Francisco Morato	SI	-	-	-
Franco da Rocha	SI	-	-	-
Guararema*	SI	-	-	-
Guarulhos	SI	-	-	-
Itapeçerica da Serra	SI	-	-	-
Itapevi	SI	-	-	-
Itaquaquecetuba	SI	-	-	-
Jandira*	SI	-	-	-
Juquitiba*	SI	-	-	-
Mairiporã	SI	-	-	-
Mauá	SI	-	-	-
Mogi das Cruzes*	SI	-	-	-
Osasco*	SI	-	-	-
Pirapora do Bom Jesus	SI	-	-	-
Poá	SI	-	1	3
Ribeirão Pires*	SI	-	-	-
Rio Grande da Serra*	SI	-	-	-
Salesópolis*	SI	-	-	-
Santa Isabel	SI	-	-	-
Santana de Parnaíba	SI	-	-	-
Santo André	SI	-	-	-
São Bernardo do Campo*	SI	-	-	-
São Caetano do Sul	SI	6	7	8
São Lourenço da Serra*	SI	-	-	-
São Paulo	SI	11	30	-
Suzano	SI	-	-	-
Taboão da Serra	SI	-	-	-
Vargem Grande Paulista	SI	-	-	-

Fonte: DATASUS.

* Municípios sem Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

**Sem informação.

As Figuras 8 e 9 apontam a cobertura do PSF e os municípios com e sem a presença de ESB modalidades I e/ou II na RMSP.

Figura 8 – Cobertura do Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo de 2006 a 2009.

Fonte: SIAB/DATASUS.

Figura 9 – Presença de Equipes de Saúde Bucal para o Programa Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana de São Paulo de 2006 a 2009.

Fonte: SIAB/DATASUS.

A Tabela 14 traz o partido político dos prefeitos e suas coligações nas eleições de 2004 e prefeitos e vices em 2008 e a Figura 10 a situação em abril de 2007.

Tabela 14 - Partido político dos prefeitos e suas coligações nas eleições de 2004 e dos prefeitos e vices nas eleições de 2008 em municípios da RMSP, de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Prefeito e Coligação (2004)	Prefeito/Vice (2008)
Arujá	PMDB (PMDB/PP/PTB/PSB/PC do B)	PR/PSDB
Barueri	PPS (PP/PDT/PTB/PMDB/PL/PPS/PFL/PAN/PRTB/PHS/PTC/PSB/PRP/PSDB/PT do B)	PMDB/PMDB
Biritiba-Mirim	PSDB (PDT / PTB / PFL / PV / PSDB)	PSDB/PSDB
Caieiras*	PSDB (PT / PSDB / PC do B)	DEM/PTB
Cajamar	PPS (PP/PDT/PMDB/PSL/PTN/PSC/PL/PPS/PAN/PRTB/PHS/PMN/PTC/PV/PSDB)	PSDB/PSB
Carapicuíba*	PSDB (PTB/PMDB/PSL/PSC/PPS/PMN/PTC/PSB/PV/PRP/PSDB/PT do B)	PT/DEM
Cotia	PSDB (PSDB / PL / PFL / PMN)	PSDB/PHS
Diadema*	PT (PT / PC do B)	PT/PSC
Embu*	PT (PT / PL / PAN / PHS / PTC / PSB / PC do B)	PT/PDT
Embu-Guaçu	PTB (PDT / PTB / PSC / PPS / PSDC / PRTB / PSB)	PMDB/PMDB
Ferraz de Vasconcelos*	PSB (PT / PHS / PSB / PRP / PC do B)	PSB/PSB
Francisco Morato*	PSDB (PL/PFL/PAN/PSDC/PRTB/PHS/PMN/PSDB/ PTdoB)	PT/PSB
Franco da Rocha	PSDB (PSL / PHS / PSDB / PT do B)	PSDB/PSDB
Guararema	PL (PP / PDT / PTB / PSC / PL / PAN / PTC)	PR/PSDB
Guarulhos*	PT (PT / PSL / PCB / PL / PTC / PRP / PC do B)	PT/PT
Itapeceira da Serra	PMDB (PP/PDT/PTB/PMDB/PTN/PL/PPS/PAN/PSDC/PHS/PMN/PSB/PV/PRP/PRONA/PC do B/PT do B)	PMDB/PTB
Itapevi*	PPS (PP/PTB/PMDB/PSL/PL/PPS/PHS/PMN/PSB/ PV)	PT/PV
Itaquaquecetuba	PL (PP / PDT / PTB / PL / PFL / PTC / PRP)	PR/PSDC
Jandira*	PT (PP / PDT / PT / PMDB / PAN / PC do B / PT do B)	PSDB/PSDB
Juquitiba	PSDB (PSDB / PMDB / PL / PFL / PPS / PV / PSC)	PDT/PTB
Mairiporã	PSDB (PSL / PSDC / PTC / PSDB)	PSDB/PSDB
Mauá*	PV (PP/PSC/PFL/PAN/PSDC/PRTB/PV/PSDB/PT do B)	PT/PT
Mogi das Cruzes	PSDB (PSDB/PFL/PP/PDT/PRONA/PRP/PSC/PTC/PSDC/PTN)	DEM/PSDB
Osasco*	PT (PT / PTB / PTN / PCB / PL / PPS / PC do B)	PT/PTB
Pirapora do Bom Jesus*	PSDB (PP/PTB/PMDB/PSC/PL/PPS/PFL/PV/PSDB/PRONA)	PT/PP
Poá	PTB (sem coligação)	PDT/PPS
Ribeirão Pires	PV (PDT / PTB / PSC / PL / PSB / PV)	PV/PPS
Rio Grande da Serra	PSDB (PSDB / PTB / PTN / PDT)	PSDB/PTB
Salesópolis	PL (PP / PL / PTC / PRP / PSDB)	PSDB/PSDB
Santa Isabel	PSDB (PL / PMN / PTC / PSDB)	PSDB/DEM
Santana de Parnaíba	PFL (PDT/PTB/PMDB/PSL/PTN/PSC/PL/PPS/PFL/PSDC/PRTB/PHS/PMN/PSB/PV/PC do B)	DEM/PSB
Santo André*	PT (PT / PCB / PV / PC do B)	PTB/PTB
São Bernardo do Campo*	PSB (PP/PDT/PSL/PTN/PSC/PCB/PL/PPS/PFL/PAN/PSDC/PRTB/PHS/PMN/PTC/PSB/PV/PRP/PSDB/PRONA/PT do B)	PT/PTB
São Caetano do Sul	PTB (PP / PDT / PTB / PMDB / PSL / PSC / PPS / PSDC / PHS / PMN / PSB / PRP / PSDB / PRONA)	PTB/PTB
São Lourenço da Serra	PSDB (PFL / PSDB)	DEM/PRB
São Paulo	PSDB (PSDB / PFL / PPS)	DEM/PMDB
Suzano*	PT (PT / PPS / PMN / PC do B)	PT/PMDB
Taboão da Serra*	PSB (PP/PDT/PT/PMDB/PSL/PTN/PSC/PL/PSDC/PRTB/PHS/PSB / PV / PC do B)	PSB/PT
Vargem Grande Paulista	PSDB (PSDB/PPS/PFL/PRONA/PRP/PAN/PSL/PTN)	PSB/PMN

Fonte: TRE-SP.

* Municípios cujo Prefeito e/ou Vice pertenciam ao Partido dos Trabalhadores (PT) ou este partido compunha a Coligação.

Figura 10 - Partido político dos prefeitos nas eleições de 2004 em municípios da Região Metropolitana de São Paulo.

Fonte: EMLASA.

Constata-se que todas as 7 cidades cujos Prefeitos pertenciam ao mesmo partido do Presidente da República (Partido dos Trabalhadores - PT) em 2004, optaram pela Política Nacional de Saúde Bucal (Tabela 14 e Figura 10). Porém, quando a base partidária é examinada constata-se 16 das 39 cidades apresentavam o PT ou no partido do prefeito, do vice ou até presente na coligação vencedora nas eleições de 2004 e/ou 2008. Aqui cabe uma breve explicação. Para optar pela implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas, o município tem que se enquadrar em algumas características tanto técnicas quanto burocráticas (não no sentido weberiano). Apenas um município dos 16 que contavam com o PT nas frentes vencedoras não optou pelo componente de Atenção Básica da PNSB.

Os municípios que não aderiram à PNSB e, conseqüentemente, aqueles que aderiram estão contemplados nas Tabelas 15 e 16, respectivamente, com o desempenho do PCOP.

Tabela 15 – Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e suas respectivas médias para o período.

Municípios da Região Metropolitana e estado de São Paulo	Resultado do indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática				
	2006	2007	2008	2009	Média
Arujá*	4,57	3,47	2,95	3,80	3,69
Barueri*	10,35	7,48	5,85	4,27	6,98
Biritiba-Mirim**	6,36	4,43	6,36	6,40	5,88
Guararema**	6,30	4,22	6,73	9,36	6,65
Itapevi*	6,00	6,11	2,53	6,50	5,28
Juquitiba*	17,10	13,17	4,24	4,22	9,68
Mogi das Cruzes*	25,34	42,84	33,70	2,34	26,05
Rio Grande da Serra**	10,80	11,01	10,98	17,00	12,44
Salesópolis*	10,57	7,49	7,80	7,65	8,37
São Lourenço da Serra*	13,14	3,59	6,83	4,42	6,99
Estado de São Paulo**	9,77	9,55	11,24	11,19	10,43

Fonte: SISPACTO/ DATASUS.

* Tendência Linear de queda.

** Tendência Linear de aumento.

Daqueles 10 municípios que não aderiram à PNSB, oito apresentam tendência de queda do PCOP no decorrer dos anos de 2006 a 2009. E oito deles ficaram aquém do indicador do estado (10,43%) quando as médias do PCOP foram avaliadas.

Tabela 16 - Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009 e suas respectivas médias para o período.

Municípios da Região Metropolitana e o estado de São Paulo	Resultado do indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática				
	2006	2007	2008	2009	Média
Caieiras*	9,88	13,31	9,43	7,66	10,07
Cajamar**	19,80	15,84	27,54	20,00	20,79
Carapicuíba*	1,52	1,50	1,47	1,27	1,44
Cotia*	6,43	5,73	3,15	3,63	4,73
Diadema**	21,20	10,10	4,42	31,31	16,75
Embu**	7,47	8,65	9,06	9,41	8,64
Embu-Guaçu**	4,82	3,83	18,94	2,36	7,48
Ferraz de Vasconcelos*	9,05	8,88	8,11	3,65	7,42
Francisco Morato*	8,80	10,50	11,41	6,98	9,42
Franco da Rocha**	10,80	7,02	4,46	12,89	8,79
Guarulhos*	4,74	4,65	4,83	4,60	4,70
Itapeverica da Serra**	13,30	12,90	12,85	16,96	18,24
Itaquaquecetuba*	2,10	3,98	1,78	2,03	2,47
Jandira*	7,85	3,75	5,25	6,01	5,71
Mairiporã**	3,12	4,10	5,27	3,96	4,11
Mauá*	26,35	17,10	14,00	10,63	17,02
Osasco**	1,90	2,70	10,41	4,53	4,88
Pirapora do Bom Jesus*	10,33	9,56	11,55	4,02	5,97
Poá**	5,6	7,89	7,30	7,36	7,03
Ribeirão Pires*	6,20	6,18	3,58	3,04	4,75
Santa Isabel**	13,75	15,03	60,01	16,00	26,19
Santana de Parnaíba*	12,60	10,55	9,12	9,87	10,53
Santo André**	2,46	2,10	2,86	2,80	2,55
São Bernardo do Campo**	4,80	4,10	6,22	5,65	5,19
São Caetano do Sul*	55,70	66,47	24,35	20,30	41,70
São Paulo**	2,80	2,40	3,72	3,80	3,18
Suzano*	5,90	5,50	5,34	5,40	5,53
Taboão da Serra*	20,60	18,74	8,72	7,34	13,85
Vargem Grande Paulista**	10,00	11,20	11,34	11,13	10,91
Estado de São Paulo**	9,77	9,55	11,24	11,19	10,43

Fonte: SISPACTO/ DATASUS.

* Tendência Linear de queda.

** Tendência Linear de aumento.

Dos 29 municípios que aderiram à PNSB, 14 apresentam tendência de queda do PCOP, no decorrer dos anos de 2006 a 2009, e 15 de aumento. E 20 deles ficaram aquém do indicador do estado (10,43%) quando as médias do PCOP foram avaliadas.

A figura 11 apresenta quadro comparativo entre a média da PCOP dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, os que aderiram e o estado de São Paulo.

Figura 11 – Índice PCOP para os municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, aderiram à PNSB e para o estado de São Paulo.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006/DATASUS.

A média do indicador PCOP para os municípios que não aderiram à PNSB, os que aderiram e para o estado de São Paulo não têm grandes diferenças, pois se aproximam em seus valores, porém foi menor para aqueles que não aderiram, seguida dos que aderiram e a maior foi a do estado de São Paulo.

As Figuras 12 e 13 apresentam a correlação entre o PIB *per capita* e o PCOP para os municípios que não aderiram à PNSB e para os que aderiram, respectivamente.

Figura 12 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média do PIB *per capita** em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2008.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006/DATASUS e SEADE.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

O que se percebe com a observação do gráfico da Figura 12 é que não há correlação estatisticamente relevante entre o PCOP e a média do PIB *per capita* para os municípios que não aderiram à PNSB. Porém a linha de tendência tem valor negativo, o que representa uma tendência de queda do PCOP conforme se aumenta o PIB *per capita*.

Figura 13 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média do PIB *per capita** em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2008.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006/DATASUS e SEADE.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

Com a observação do gráfico da Figura 13 percebe-se uma média correlação, porém estatisticamente não significativa entre o PCOP e a média do PIB *per capita* para os municípios que aderiram à PNSB, com uma linha de tendência de valor positivo, o que representa uma tendência de alta do PCOP conforme se aumenta o PIB *per capita*.

A Figura 14 compara o PIB *per capita* dos municípios da RMSP que aderiram à PNSB, os que não aderiram e o estado de São Paulo.

Figura 14 – Média do PIB *per capita** em reais dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, os que aderiram e o estado de São Paulo.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006/DATASUS e SEADE.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

As médias do PIB *per capita* não diferiram muito entre estado de São Paulo, municípios que aderiram e os que não aderiram à PNSB, porém a menor delas ficou com aqueles que não aderiram, seguida pelos que aderiram e depois pelo estado de São Paulo.

As Figuras 15 e 16, respectivamente, apresentam a média da PCOP por média de Receita Disponível *per capita* dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal e dos que aderiram, no período de 2006 a 2009.

Figura 15 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Receita Disponível *per capita** em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006 e SIOPS do DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

No gráfico da Figura 15 não há correlação entre o PCOP e a media da Receita Disponível *per capita* para os municípios que não aderiram à PNSB, porém a linha de tendência tem valor negativo, o que representa uma tendência de queda do PCOP conforme se aumenta a Receita Disponível *per capita*, no período estudado.

Figura 16 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Receita Disponível *per capita* em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009.

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2006 e SIOPS do DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

Com a observação do gráfico da Figura 16 constata-se uma média correlação sem significância estatística entre o PCOP e a média da Receita Disponível *per capita* para os municípios que aderiram à PNSB, com uma linha de tendência de valor positivo, o que representa uma tendência de alta do PCOP conforme se aumenta a Receita Disponível *per capita*.

A Figura 17 mostra um quadro comparativo entre os valores de Receita Disponível *per capita* dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, dos que aderiram e do estado de São Paulo.

Figura 17 – Média de Receita Disponível *per capita* em reais dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, dos que aderiram e do estado de São Paulo.

Fonte: SIOPS/DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

As médias da Receita Disponível *per capita* apresentaram diferenças entre estado de São Paulo, municípios que aderiram e os que não aderiram à PNSB, porém a menor delas ficou com aqueles que aderiram, seguida pelos que não aderiram e depois pelo estado de São Paulo que ficou mais elevada em seus números.

As Figuras 18 e 19, respectivamente, apresentam a média da PCOP por média de Despesa Total com Saúde dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal e dos que aderiram, no período de 2006 a 2009.

Figura 18 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Despesa Total com Saúde* em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que não aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009.

Fonte: SIOPS/DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

No gráfico da Figura 18 há uma fraca correlação sem significância estatística entre o PCOP e a média da Despesa Total com Saúde para os municípios que não aderiram à PNSB, porém a linha de tendência tem valor negativo, o que representa uma tendência de queda do PCOP conforme se aumenta a Despesa Total com Saúde, no período estudado.

Figura 19 - Média do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática por média de Despesa Total com Saúde* em reais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo que aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2006 a 2009.

Fonte: SIOPS/DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

Na Figura 19 constata-se uma média correlação estatisticamente sem significância entre o PCOP e a média da Despesa Total com Saúde para os municípios que aderiram à PNSB, com uma linha de tendência de valor positivo, o que representa uma tendência de alta do PCOP conforme se aumenta a Despesa Total com Saúde.

A Figura 20 mostra um quadro comparativo entre os valores de Despesa Total com Saúde dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, dos que aderiram e do estado de São Paulo.

Figura 20 – Média de Despesa Total com Saúde* em reais dos municípios da RMSP que não aderiram à PNSB, dos que aderiram e do estado de São Paulo.

Fonte: SIOPS/DATASUS.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

As médias da Despesa Total com Saúde não apresentaram diferenças significativas entre estado de São Paulo, municípios que aderiram e os que não aderiram à PNSB, porém a menor delas ficou com o estado de São Paulo, seguida pelos municípios que aderiram e depois pelos que não.

6. DISCUSSÃO

6.1 O trabalho com dados secundários

Lidar com dados secundários requer sempre cautela e parcimônia desde sua coleta até a interpretação dos resultados. Quando se tratarem de indicadores, a discussão deve perpassar por aspectos relativos, principalmente, às suas potencialidades e limitações. Os indicadores são parte integrante do acervo da informação.

MOYSÉS (2008) afirma que “a informação é recurso de poder pela vinculação do desenvolvimento societário com a capacidade humana em gerar e aplicar conhecimentos [e] no caso da saúde coletiva [...] a informação (em si) representa um passo fundamental para o estabelecimento de uma política de saúde consistente e coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde” (MOYSÉS, 2008, p. 103)

Ao tratar da avaliação dos resultados de programas e intervenções, espera-se sempre contar com indicadores de saúde válidos e precisos, que permitam imprimir confiança ao diagnóstico e prognóstico dos quadros de saúde delineados e que reflitam uma dimensão específica ou uma característica particular das condições de interesse (ANTUNES, 2008, p.113-114). Segundo ANTUNES, alguns fatores seriam fariam parte das condições para formação de indicadores: (i) disponibilidade de dados; (ii) simplicidade técnica para um manejo rápido e facilidade de compreensão; (iii) uniformidade de critérios para aferição; (iv) capacidade de síntese e (v) poder discriminatório, favorecendo comparações no tempo e no espaço (ANTUNES, 2008, p. 113-114).

Os indicadores são geralmente divididos em grandes grupos, relacionados à morbi-mortalidade, oferta de serviços, fatores de risco, entre outros (RONCALLI, 2009, p. 420). RONCALLI ressalta que

a história dos modelos de atenção em saúde bucal é, portanto, permeada por experiências em que se deu a mera transposição da prática privada para o setor público, onde o processo de trabalho, essencialmente individual e curativo-reparador, prescinde da informação epidemiológica

[e,] além disso, estratégias de planejamento e avaliação das ações são amiúde raras nos sistemas públicos de saúde bucal. Se não se planeja e nem se avalia, a informação é dispensável (RONCALLI, 2008, p. 123).

O uso de indicadores em saúde bucal tem início com a estruturação dos primeiros modelos assistenciais em saúde bucal que tiveram uma base programática razoavelmente definida a partir dos anos 1950 (RONCALLI, 2009, p. 420). A atual PNSB ainda não estabeleceu uma estratégia de Vigilância em Saúde Bucal em que indicadores sejam utilizados rotineiramente, porém uma primeira e incipiente iniciativa surgiu com a implementação dos Indicadores do Pacto de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), sendo que a ideia subjacente à implantação do Pacto era recuperar a capacidade dos Sistemas de Informação em Saúde processarem informações epidemiológicas que servissem ao processo decisório e para o estabelecimento de metas (RONCALLI, 2009, p. 421).

Portanto, “uma série de indicadores foi criada a partir da combinação de numeradores e denominadores extraídos, principalmente, do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) dentre outros” (RONCALLI, 2009, p. 421). Os quatro indicadores de saúde bucal do Pacto de Atenção Básica (2006) acabaram “se enquadrando em apenas um tipo, os indicadores de modelo de atenção, ainda assim de modo bastante incompleto, mas, de qualquer maneira, representam um primeiro esforço em propor algum tipo de informação relevante para monitoramento e avaliação (RONCALLI, 2009, p. 421).

Dentre os quatro indicadores propostos: cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura de ação coletiva e escovação dental supervisionada; média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos especializados em relação às ações odontológicas individuais, “o primeiro pode ser interpretado como um indicador de acesso, à medida que avalia as consultas em função da população coberta [e] os três outros apontam para características do modelo de atenção, indicando se um conjunto das ações tende mais para atividades de caráter coletivo, individual ou especializado” (RONCALLI, 2009, p. 421).

O uso dos indicadores de saúde bucal do Pacto de Atenção Básica apresenta algumas limitações e inconveniências. Um grande problema reside na origem, já que o procedimento Primeira Consulta Odontológica, por exemplo, é processado de diferentes maneiras nos municípios do País, podendo ser superestimado em certos casos e um outro problema importante é que eles proporcionam uma leitura bastante superficial do modelo de atenção e têm pouca aplicação no nível local (RONCALLI, 2009, p. 422). Estes indicadores “em muitos casos, a informação é entendida como mera burocracia, e não como componente de um sistema de vigilância, com utilidade potencial nos mecanismos de planejamento e avaliação” (RONCALLI, 2009, p. 422).

A partir de 2007, com a Portaria N° 699/GM de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b) que regulamentou as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, houve a unificação dos processos de pactuação de indicadores existentes e o ano de 2006 foi o último do Pacto de Atenção Básica. Com este fato, o SISPACTO começa a ser a fonte de dados secundários e nele estão contidos dois indicadores de saúde bucal: cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura de ação coletiva e escovação dental supervisionada incluídos na prioridade Fortalecimento da Atenção Básica.

O que fica claro são as muitas mudanças que ocorreram e continuam a ocorrer com os indicadores no processo de consolidação dos sistemas de informação do SUS. Os indicadores de saúde bucal não escapam desta rotina. Tal fato prejudica quem necessita da informação para efetuar as pactuações ou para planejar. A indisponibilidade de dados e as constantes mudanças de bancos de dados e de indicadores impedem, muitas vezes, a realização de séries históricas para o planejamento em saúde.

O próprio indicador PCOP passou por este problema, pois está disponível somente a partir de 2006 (porém podendo ser construído a partir de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do DATASUS e dados populacionais) e para o ano de 2010 não será mais o indicador pactuado no SISPACTO, cedendo lugar para o indicador Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

No entanto, para efeitos desta pesquisa, com relação ao PCOP, a disponibilidade dos dados públicos acessados, escassez de indicadores para a área e sua transparência pública superou até mesmo o aviso ministerial quanto às suas limitações citadas em Portaria de que “sua análise deve ser feita com ressalvas visto que em muitos modelos assistenciais propostos por estados e municípios a população objeto de atendimento odontológico individual é restrita ou focalizada, portanto o numerador (procedimentos) é realizado em populações restritas enquanto o denominador abrange a população em geral” (BRASIL, 2002).

Os resultados demonstrados neste estudo revelam grande variação quanto ao indicador PCOP quando as médias do período estudado são avaliadas. A Tabela 1 dos resultados do trabalho aponta para valores até certo ponto discrepantes que poderiam ser encarados como *outliers*, implicando em prejuízos para a interpretação dos resultados dos testes estatísticos aplicados às variáveis.

Porém, a questão é que os sistemas de informação dentro de suas limitações têm clara função, indicar tendências. Há de se lidar com bancos de dados dessa natureza diferentemente de banco de dados precisos, cujas variáveis possibilitem registros absolutamente fieis (ou muito próximos) à realidade do fenômeno que se mede, pois bancos de dados derivados de sistemas de informações sobre políticas públicas e aspectos sociais, são sempre muito vulneráveis, inexatos e imprecisos.

O PCOP enquadra-se nestas características e, por conseguinte, não proporciona uma imagem exata da realidade, mas gera impressões que quando analisadas sugerem grandes desigualdades na questão do acesso à assistência em Saúde Bucal na RMSP. A provisão desta política pública subsetorial pelos municípios leva em conta uma série de fatores. A diversidade do setor saúde, seu financiamento e a história de sua provisão pelos governos municipais, os diferentes processos de trabalho praticados, os recursos físicos e humanos distintos e a própria inserção da Saúde Bucal no município que depende e muito da distribuição de poder de cada localidade são alguns dos itens que poderiam influenciar na produção dos dados do PCOP.

6.2 Implementação de Programas Municipais de Saúde Bucal

Partindo-se do nível municipal como campo de análise e também se levando em conta a RMSP, este estudo traz o federalismo brasileiro pós-Constituição de 1988 como uma das referências, já que desde então os municípios são considerados entes federados. Conforme VIANA e MACHADO (2009), na década de oitenta “a associação entre democracia e descentralização de políticas ganha força e se traduz na Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios” (VIANA e MACHADO, 2009).

A Carta Magna concede, então, “um novo *status* constitucional aos municípios – o único país do mundo a fazer isto – que, juntamente com os estados, se tornaram unidades constituintes autônomas da federação” (MELO, 2005). Além do mais, houve uma “hiperconstitucionalização da política pública [incorporando] as exigências em torno de uma formulação de políticas mais descentralizada, democrática e de interesse público [e] em termos de relações fiscais e intergovernamentais a Constituição devolveu autonomia administrativa aos governos subnacionais” (MELO, 2005).

Aprofundando-se a análise da questão municipal e do processo de descentralização, emerge a questão das desigualdades territoriais, pois em termos de porte orçamentário e capacidade de gasto há claramente clivagens municipais entre cidades ricas e pobres. Isto compromete sensivelmente a provisão de serviços planejados por políticas públicas.

Com a descentralização pode haver tanto o aumento do poder das oligarquias locais, quanto o agravamento das desigualdades regionais, principalmente em países que não possuem mecanismos compensatórios de transferências de recursos (OLIVEIRA, 2008). OLIVEIRA (2008) afirma que como desvantagem da descentralização, há, ainda, a possibilidade do mau uso dos recursos públicos em países com pouca ou nenhuma capacidade de auditoria e fiscalização das ações dos governos subnacionais (OLIVEIRA, 2008).

Nesta questão, há que se concordar com ARRETCHE (2010) quando cita “que, no caso brasileiro, embora os governos subnacionais tenham um papel importante – e até

mesmo pouco usual em termos comparados – no gasto público e na provisão de serviços públicos, suas decisões de arrecadação tributária, alocação de gasto e execução de políticas públicas são largamente afetadas pela regulação federal” (ARRETCHE, 2010).

A qualidade do gasto em saúde torna-se, então, preocupação premente e aumentar a eficiência e a efetividade na utilização de recursos da saúde talvez sejam alguns dos maiores desafios do SUS (BRASIL, 2007a), visto que, o orçamento público municipal tem passado por constantes readequações, já que a União vem impondo nos últimos anos regulações aos municípios brasileiros quanto à alocação de recursos para políticas sociais como as de educação e saúde, por exemplo, cuja provisão dos serviços cabe a estes mesmos municípios.

O SUS, como a política pública de saúde do Estado brasileiro, é claro em suas doutrinas e princípios. A universalidade, a equidade e a integralidade (doutrinas) conformadas pelos princípios da regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização e a participação social constituem o cerne do Sistema Único de Saúde. Consequentemente, para que isto seja levado a cabo, a presença dos diversos programas de saúde expressos por suas políticas subsetoriais nos planos de governo subnacionais e nacional para o setor, deveria, a princípio, ser uma obrigação.

Disparidades exacerbadas são verificadas na RMSP quando os resultados deste trabalho são observados. O desempenho médio do PCOP, no período de 2006 a 2009, na RMSP traz diferenças importantes. Primeiramente, há que se considerar o baixo desempenho estadual para São Paulo com 10,43%. A seguir, quando os municípios da RMSP são analisados separadamente, percebe-se que o PCOP médio, de 2006 a 2009, varia de 1,44% a 41,70%, proporcionando um cenário de profunda desigualdade dentro de uma mesma Região Metropolitana. Além de 21 municípios apresentarem tendência de queda do indicador no mesmo período, do qual se espera o inverso.

Nesse sentido é válido o comentário sobre a organização da Atenção Básica como um todo nas regiões metropolitanas do estado de São Paulo. VIANA et al. ressaltam que estas “metrópoles surgem brigando um paradoxo, pois convivem as melhores infra-estruturas e os mais altos índices de riqueza com a desigualdade e a impossibilidade de acesso de muitos cidadãos” (VIANA et al. 2008). Os autores

trabalham com modelos de atenção categorizados e um modelo denominado Diversificado é o que prevalece nas áreas metropolitanas do estado. A explicação para este fato é dada “pelas maiores densidades técnicas, científicas, informacionais que abrigam, isto é, pela maior luminosidade desses municípios, além da grande densidade populacional concentrada em uma área conurbada” (VIANA et al. 2008).

Os mesmos autores denunciam que os municípios das regiões metropolitanas têm “grande dificuldade em planejar e pactuar suas ações, levando em consideração uma dinâmica regional de uso dos serviços e demandas por serviços de saúde [...] que resulta da constante integração econômica e social entre os municípios das regiões metropolitanas, pois é cada vez maior a fluidez de pessoas e mercadorias entre esses municípios” (VIANA et al. 2008).

É notável a baixa eficácia dessas localidades como um dos fatores cruciais para explicar as dificuldades de pactuação intermunicipal das ações de Atenção Básica, o que acarreta uma baixa efetividade do sistema de saúde nas regiões metropolitanas (VIANA et al. 2008).

Porém, as experiências de cooperação entre os municípios, ainda mais quando pertencentes a uma mesma região, como é o caso da RMSP é escassa, o que foi confirmado por OLIVEIRA (2008) quando examinou a cooperação intergovernamental no Brasil e, mais precisamente no estado de São Paulo ao verificar os consórcios intermunicipais de saúde, na primeira década do século XXI.

Sobre isto, CASTRO (2006) considera que “o caráter desagregador que o municipalismo possui, e que ganhou relevo a partir do final dos anos 1980, impede fortemente o estabelecimento do conceito e da prática regional de planejamento e integração de políticas públicas”. A Constituição de 1988 e a exacerbação das autonomias subnacionais aumentaram o valor dado a competitividade intercitadina, que se reduz ao condicionamento econômico-administrativo, o que se mostra predatório a modelos cooperativos, como, por exemplo, àqueles que se poderiam esperar das Regiões Metropolitanas (CASTRO, 2006).

Segundo CASTRO, “a própria Constituição deixava um legado negativo para essa possibilidade, ao promover quatro movimentos que teriam um impacto decisivo nas

relações intergovernamentais: o desequilíbrio entre a repartição de recursos e atribuições; as desigualdades na repartição de recursos entre estados e municípios; o incentivo à criação de novos municípios; e a dissociação das tendências de concentração de demandas e de recursos” (CASTRO, 2006). Estes movimentos apontariam “para a dificuldade de conciliar a descentralização fiscal com as desigualdades regionais, quando seria necessária melhor compreensão da dinâmica demográfica – que fomenta na história da urbanização brasileira a *metropolização da pobreza* – para a correção desses desequilíbrios” (CASTRO, 2006).

A existência de desigualdades regionais é fato que se confirma por intermédio da verificação da dependência dos municípios em relação às transferências da União que pode demonstrar o grau de comprometimento da menor entidade territorial em sua autonomia, com baixa capacidade de investimento em função de seu orçamento (CASTRO, 2006).

No Brasil, com o federalismo que se desenhou após 1988, tratar “o município vizinho como um parceiro para o desenvolvimento de atividades de interesse comum não parece ser a tônica” (CASTRO, 2006). E considerar a área de desenvolvimento urbano como algo que cidades de um mesmo complexo metropolitano deveriam compartilhar, com planos e programas conjuntos não é o que ocorre na realidade brasileira (CASTRO, 2006).

A um primeiro olhar, efeitos da capacidade de gasto, riqueza municipal e até do investimento em saúde realizado pelos municípios poderiam estar presentes na explicação de tamanhas discrepâncias no indicador. Seria talvez orientação simplista, porém, de certa forma, lógica associar a riqueza e a capacidade de gasto municipal ao desempenho da provisão de serviços públicos.

A riqueza municipal caracterizada pelo PIB *per capita* e a capacidade de gasto municipal traduzida pela Receita Disponível *per capita* não apresentaram associação estatisticamente significativa quando colocadas juntamente com a média do PCOP, não caracterizando pujança na explicação buscada por fatores estruturais de base econômica para o desempenho do indicador nos municípios da RMSP. Certamente, a base econômica é um fator necessário para a implementação de serviços públicos de saúde

bucal, quanto à sua provisão, porém não explica bons ou maus desempenhos dos indicadores de PCOP.

No caso da Saúde Bucal, a observação de dois municípios que se assemelham quanto à maior média de Receita Disponível *per capita* na faixa dos R\$ 3.600,00 (as duas mais altas da RMSP) demonstra que estes apresentam um desempenho médio do PCOP muito diferente com 6,98% para Barueri e 41,70% para São Caetano do Sul. Tal situação aproxima-se também quanto à média do PIB *per capita* com cerca de R\$ 80.229,00 e R\$ 121.101,00 para São Caetano do Sul e Barueri (também os mais altos da RMSP), respectivamente. A comparação torna mais clara a constatação.

Outro fator considerado e também relacionado ao gasto foi o de Despesa Total com Saúde. Para esta variável quando houve o cruzamento com os dados de PCOP, no período de 2006 a 2009, constatou-se que 24 municípios apresentavam tendência de queda, quando analisados separadamente por meio de gráficos de dispersão, mas sem significância estatística na correlação. Porém, para um indicador com esperada tendência de alta, tal fato chama a atenção.

Para reflexão sobre as variáveis estruturais de base econômica, a assertiva de que são categorias necessárias, mas não suficientes para explicar o desempenho do indicador PCOP é válida. Com a apresentação dos resultados, confirmaram-se as afirmações de ARRETCHE (2000a), quando em estudo sobre estado federativo e políticas sociais coloca que “indicadores de gasto são insuficientes para identificar se funções de gestão pública de programas sociais estão de fato sendo assumidas e sob quais formas” (ARRETCHE, 2000a, p. 24).

A autora apresenta duas considerações sobre o assunto: “em primeiro lugar, a literatura sobre estudos comparados considera insuficiente a utilização exclusiva de indicadores de gasto para a identificação da natureza da ação dos governos [e] em segundo lugar, há evidências empíricas de que dados de gasto não são expressão literal de desempenho de competências na área social” (ARRETCHE, 2000a, p. 24).

Corroborando ainda com ARRETCHE (2000a), vale citar que “o fato de que um dado Estado ou município esteja efetuando despesas em uma dada área de política social não significa necessariamente que este está assumindo funções de gestão naquela área

[e] a existência de políticas sociais supõe a institucionalização de capacidade técnica (financeira, administrativa e de recursos humanos) para garantir uma relativa continuidade no fluxo de oferta de um dado bem ou serviço” (ARRETCHE, 2000a, p. 25).

Com os resultados depreende-se que os municípios possuem recursos humanos e de infraestrutura, porém a situação de estagnação da maioria das cidades em relação aos recursos humanos reflete uma RMSP com características tradicionais de assistência à população. Entre recursos humanos e de infraestrutura houve mais investimento em termos quantitativos em tecnologias duras, como equipamentos odontológicos, similarmente ao modelo tradicional e dentista-centrado no quesito atendimento, ou seja, o cirurgião dentista sem equipe auxiliar e amparado tão somente pela tecnologia, reproduzindo práticas do que NARVAI (2006) caracterizou como odontologia de mercado¹⁶. Nos municípios onde o pessoal auxiliar está presente o número de cirurgiões dentistas sempre o supera com certa folga, demonstrando que o modelo de trabalho continua fortemente centrado nos dentistas.

GARCIA (2006) também corrobora com os achados quando afirma que “as características do modelo de atenção odontológica que tem predominado no Brasil durante décadas são as de um modelo centrado na assistência ao indivíduo doente, sendo as ações realizadas individualmente pelo cirurgião-dentista e no espaço limitado do consultório” (GARCIA, 2006).

Quando a proporção entre o número de consultórios odontológicos e estimativa da população é verificada, é o potencial municipal de provisão dos serviços que emerge. Os resultados sugerem uma relação para a maior parte da RMSP uma relação perversa, pois a capacidade instalada revelou-se muito baixa, o que poderia auxiliar na explicação do baixo desempenho do PCOP. Além disto, nota-se que o investimento nesta política subsetorial não faz parte das prioridades municipais da maioria das cidades desta região.

¹⁶ No modo de produção capitalista a odontologia fundamenta sua prática nos aspectos biológicos e individuais, desconsiderando em seu fazer a determinação de “processos sociais complexos”, além de articular a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca e impondo-lhe as deformações mercantilistas e éticas. Esta odontologia pode ser caracterizada como odontologia de mercado (NARVAI, 2006).

Desde 1988, com a criação do SUS, observa-se um imenso descompasso em relação à inserção da Saúde Bucal nesse sistema. É fato que “autoridades sanitárias, de ministros a diretores de unidades básicas de saúde, resistem em aceitar que recursos públicos, ‘escassos’ (*sic*), sejam investidos nessa modalidade assistencial, em detrimento de outras áreas tidas como estratégicas” (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 89).

Muitos dados são citados quando o acesso aos serviços é abordado. Para a saúde bucal há questão da cobertura populacional, que pode ser entendida como potencial de cobertura e o acesso aos serviços propriamente dito. Neste ponto, MARTINO e BOTAZZO afirmam que

cobertura e acesso não podem ser confundidos. Pensando-se em Saúde da Família, a cobertura realiza-se quando uma população adscrita é ligada territorialmente a uma determinada Unidade de Saúde que e a sua referência de serviços e porta de entrada para o sistema de saúde. Desse ponto até que o acesso, propriamente dito, aconteça há uma distância que aumenta ou diminui conforme as características dos serviços. Muito se lê sobre cobertura populacional em relação à Saúde da Família, com suas equipes se multiplicando pelo país. Porém, é comum notar grandes diferenças no que tange as comparações entre coberturas de ESF [Equipes de Saúde da Família] e ESB (MARTINO e BOTAZZO, 2008, p. 207).

A partir do que foi observado, é necessário examinar o legado de políticas anteriores como categoria de análise. Para pesquisadores que levam em consideração “as políticas públicas sob o prisma das instituições, não apenas as regras formais ou informais podem ser analisadas como instituições. Algumas políticas públicas também podem ser encaradas como tal” (MARQUES, 2010). E no caminho desta orientação um conceito importante para a análise de políticas públicas é o *path dependence* “que estabelece que a opção por um modelo de política no passado torna os custos de alteração maiores que os custos de manutenção desse formato. Na avaliação dos custos, os valores envolvidos não são necessariamente financeiros, também podem ser políticos, administrativos, organizacionais etc.” (MARQUES, 2010).

ARRETCHE (2000a) afirma que “a importância desta variável deriva da noção de que a história é *path dependent* – isto é, o que vem antes, mesmo que seja acidental, condiciona o que vem depois” (ARRETCHE, 2000a, p. 30). Na visão da autora, instituições consolidadas tendem à autopreservação, criando práticas e interesses que

contribuem para sua manutenção. Nesta linha, “políticas implementadas em um dado momento no tempo dotam diferencialmente os diversos níveis de governo de ‘capacidade técnica’ [que] diz respeito à forma como está distribuído entre os níveis de governo o conjunto de equipamentos, prerrogativas legais, recursos humanos e conhecimento especializado necessário à gestão de cada política” (ARRETCHE, 2000a, p. 30).

A RMSP com seu fraco desempenho no PCOP e características de sua capacidade técnica, demonstrada pelo conjunto de equipamentos e pelos recursos humanos, produziu um panorama particular no período estudado, onde a implementação das políticas públicas de Saúde Bucal parece ter sido deveras problemática, mesmo tendo encontrado pela primeira vez em sua história incentivos de uma política federal que desde o final de 2004 inseria-se na realidade dos municípios brasileiros com recursos financeiros nunca antes investidos pelo setor público nesta área. O que demonstra uma tendência de que o legado das políticas anteriores se impõe fortemente nesta região.

6.3 Adesão à PNSB

A adesão ou não à PNSB torna-se fator relevante a ser considerado na análise do desempenho do acesso e provisão de serviços na RMSP. Para este trabalho, considerou-se como adesão à PNSB a presença de repasse, em qualquer época do período estudado, das transferências de Saúde Bucal e CEO, presentes no SIOPS do DATASUS. Portanto, a adesão, em última instância seria uma adesão ao componente de Atenção Básica da PNSB.

Para melhor entender o contexto da PNSB é necessário abordar o PSF. SOUZA e RONCALLI (2007) afirmam que o PSF

tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica [e apresenta] como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e centrado na vigilância à saúde por meio

de ações de promoção, prevenção e recuperação; baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido [e, por conseguinte] tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (SOUZA e RONCALLI, 2007).

A PNSB atrelou-se ao PSF e seu próprio documento fundador expressa a afirmação num de seus pressupostos a seguinte frase: “incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica” (BRASIL, 2004b). Portanto, a presença de ESB nas ESF vinha acompanhada de incentivos financeiros.

Algumas considerações foram realizadas por GARCIA (2006), quanto à Portaria nº 1.444, de 2000, que estipulava os incentivos financeiros para as equipes de saúde bucal no PSF, introduzindo a saúde bucal no programa. GARCIA (2006) destaca que o PSF já havia sido implantado há sete anos e que a decisão de torná-lo um modelo substitutivo com a criação dos incentivos já havia sido tomada e ainda observa que a inserção da saúde bucal ocorreu tardiamente não sendo uma extensão natural do PSF (GARCIA, 2006).

Quanto a este assunto NARVAI e FRAZÃO (2009) argumentam que a mesma Portaria, “resultou de um longo processo de discussões que envolveu, de algum modo, entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde desde o final de 1994 [e] já no segundo semestre daquele ano, a pedido da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Ministério da saúde realizou em Brasília uma reunião com técnicos, especialistas e lideranças odontológicas para tratar do assunto” NARVAI e FRAZÃO, 2009, p. 23). E aos poucos

outras entidades odontológicas como a ABO - Associação Brasileira de Odontologia e o CFO – Conselho Federal de Odontologia, foram se incorporando ao processo e insistindo na necessidade de o PSF contar ‘com cirurgiões-dentistas’ nas equipes [e, desta forma,] atuando como um ‘sujeito coletivo’ com certa expressão, os profissionais de Odontologia em saúde pública, manifestando-se coletivamente por meio do ENATESPO, também jogaram papel decisivo no processo que culminou com a publicação da Portaria 1.444/2000 (NARVAI e FRAZÃO, 2009, p. 23).

Entretanto, supondo-se a Saúde Bucal como “parte integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo” (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Porém, para a RMSP, de 2006 a 2009, o que se observa é que a inserção da Estratégia Saúde da Família encontra-se num patamar diferente da inserção das ESB em sua estrutura. Vários municípios optaram e são cobertos pela estratégia, porém não possuem ESB nas ESF.

Para SOUZA e RONCALLI (2007), “o aumento do incentivo financeiro, concedido pelo Ministério da Saúde, para a Saúde Bucal o PSF nesses últimos anos é reflexo da sua relevância no novo momento político do Brasil”. A PNSB atual tem como um de seus pressupostos a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica por meio do PSF e o incentivo do aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação de CEO (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Os autores ainda ressaltam que “mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde, isso não implica, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial” e citam Zanetti quando afirmam que caso o incentivo financeiro seja visto como atraente pelos prefeitos, esse crescimento exponencial das equipes de saúde bucal pelo Brasil será desorganizado, pautado no ensaísmo programático, constituindo um crescimento tumoral e não orgânico ao sistema (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Ainda com os mesmos autores, tem-se um ponto crítico relativo “aos recursos humanos, no que diz respeito às relações de trabalho do profissional com o município, o que tem acontecido é a contratação, sem critério algum, de profissionais, propiciando práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais, ou até mesmo inexistentes em alguns casos” (SOUZA e RONCALLI, 2007). Além de vários municípios não contarem com pessoal auxiliar em suas fileiras de trabalho, como acontece na RMSP.

Quanto aos dados da pesquisa, o PCOP dos municípios que não aderiram (9,20%) foi o menor quando comparado aos que aderiram (10,24%) e ao estado de São

Paulo (10,43%), porém sem diferença alarmante, já que o indicador tem um desempenho ruim na maioria da RMSP. Porém, com oito dos dez municípios com tendência de queda do PCOP, enquanto aqueles que aderiram apresentavam 14 cidades com tendência de queda do indicador.

Ao aprofundar a análise, explorando o nível de implantação da PNSB, pode-se ainda notar que a implantação da PNSB na RMSP tem um longo percurso a percorrer. Se optarmos por estipular que um repasse de apenas dois anos em somente um dos incentivos seria ainda um baixo nível de implantação, 24 dos 39 municípios encaixariam-se nesta marca. Tal fato demonstra que a PNSB ainda não é uma opção prioritária da maioria destas cidades.

A média do PIB *per capita* foi muito próxima nestes três grupos, partindo de R\$ 23.924,00 (não aderiram), passando por R\$ 24.276,00 (aderiram) e chegando a R\$ 26.663,00 para o estado de São Paulo. O estado ficou com R\$ 1.710,83 de Receita Disponível *per capita*, enquanto aqueles que aderiram (R\$ 1.109,99) e os que não aderiram (R\$ 1.244,58) à PNSB ficaram muito próximos em seus valores. Já com as Despesas Totais com Saúde, as três categorias ficaram entre os R\$ 320,00 e os R\$ 345,00.

Quando os dados estruturais de base econômica são analisados confrontando-se o desempenho dos municípios que aderiram e os que não aderiram com o indicador PCOP, o que se apresenta é certa semelhança entre PIB e Receita Disponível *per capita*, além da Despesa total com Saúde. As cidades que não aderiram, em seu conjunto, apresentavam correlação negativa de fraca intensidade e sem significância estatística para os três fatores. Os municípios que aderiram apresentavam correlação positiva de média intensidade para os três itens, porém sem significância estatística.

O que se poderia esperar, levando-se em conta referenciais que tomam a base econômica como principal explicação para adesão ou não à políticas públicas, seria o inverso do que foi encontrado, pois municípios com maior capacidade de gasto e mais ricos apresentariam bom desempenho no acesso e, conseqüentemente, na provisão de serviços públicos. Isto poderia apontar na direção de que a PNSB no período estudado teve influências positivas na questão de base econômica e suas prerrogativas de

mudança do modelo de atenção e reorganização da atenção básica contribuíram para um melhor desempenho do PCOP.

No entanto, não foram somente fatores de ordem econômica que levaram os municípios da RMSP a aderir ou não à PNSB. O cálculo dos governantes foi composto por outras variáveis. Seria de se esperar que os municípios não acompanhassem a Estratégia da Saúde da Família não tivessem a possibilidade de incluir ESB, porém isto não é fato para a RMSP. No entanto, a inclusão de pessoal auxiliar nas ESB é uma barreira para a formação destas equipes e, conseqüentemente, para sua adesão ao formato da política, pois alguns municípios ainda não possuem estes profissionais em seu quadro de trabalhadores e necessitariam da criação do cargo antes de pensar na formação das equipes.

Quando a média complexidade é observada, percebe-se um vazio no acesso e provisão destes serviços aos usuários do SUS. FIGUEIREDO E GOES (2009) revelaram que “dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados”, o que findou com a instituição dos CEO como estratégia da PNSB para tentar assegurar a atenção secundária em saúde bucal (FIGUEIREDO E GOES, 2009).

Com relação aos CEO, além das especialidades mínimas e dos respectivos equipamentos, materiais, profissionais e carga horária, todos estes centros devem seguir a padronização visual da unidade nos itens considerados obrigatórios. O quadro de profissionais teria que exercer suas funções em algumas especialidades odontológicas e dependendo das características deste quadro (número de profissionais ou até a falta de habilidade para as especialidades necessárias) o município não teria condições de aderir a esta forma de reorganização da atenção com repasse de incentivos financeiros.

Nos termos burocráticos, a partir da opção pela implantação do CEO, a Unidade de Saúde que o abrigaria teria que passar por mudanças em seu visual interno e externo, pois o repasse financeiro está vinculado também à presença de logomarcas do Governo Federal espalhadas pela Unidade, tanto em sua fachada quanto em seu interior. Tal

característica poderia provocar constrangimentos ou até mesmo incentivos para que os municípios optassem ou não pela adesão a esta política, dependendo logicamente dos requisitos referentes ao que está exposto acima, além de aspectos ideológico-partidários de cada governo municipal.

Algumas políticas priorizadas na agenda federal da saúde do governo Lula, como Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular se mostraram atrativas como marcos diferenciais de governo e “contaram com investimentos em divulgação, objetivando garantir a sua associação com o Governo Federal, apesar da implementação descentralizada [o que] se traduziu na normatização detalhada de logomarcas, *banners* e cartazes a serem expostos nos serviços odontológicos, ambulâncias ou farmácias vinculadas às estratégias” (MACHADO et al., 2011).

GARCIA também afirma que uma das características da PNSB é possuir “uma base técnica de conexão com o SUS e com o *Marketing* político [pois] o esforço em fazer um elo entre a política com determinados pontos do *marketing* considerados centrais na agenda do Executivo Presidencial esteve presente desde o início da proposta” (GARCIA, 2006). Corroborando com esta afirmação, observou-se que as sete Prefeituras da RMSP cujos prefeitos eram filiados ao Partido dos Trabalhadores, partido do Presidente da República, nas eleições de 2004, aderiram à PNSB. Além disso, este número aumenta quando a base do governo é analisada, ou seja, 16 municípios tinham o PT nos cargos de prefeito, vice ou fazendo parte da coligação vencedora nas eleições de 2004 e 2008. Somente uma prefeitura que contava com o PT em suas frentes, Itapevi, não optou pelo componente de Atenção Básica da PNSB.

O desenho da política e suas características de indução certamente fazem diferença para a adesão ou não à PNSB, mesmo com o incentivo financeiro, pois as políticas prévias exercem sua força neste momento, pois “a capacidade técnica instalada pode constituir-se em um fator diferenciador das possibilidades das agências ligadas a cada nível de governo assumir o exercício de determinadas funções [já que] o fato de que um dado nível de governo já disponha de tais recursos pode facilitar a transferência de atribuições, na medida em que minimiza os custos prováveis de assunção” (ARRETCHE, 2000a, p. 30).

Portanto, concorda-se com ARRETCHE (1999) quando afirma que na ausência de imposições constitucionais, a autonomia política dos governos locais potencializa seu poder de veto à implementação de políticas propostas pelo Executivo federal e para obter a adesão dos governos locais, o Executivo federal deve incorporar suas demandas às políticas que envolvam relações intergovernamentais (ARRETCHE, 1999).

Ainda com a autora pode-se ressaltar que a categoria “federalismo” é insuficiente para definir o potencial de estabilidade de políticas particulares, pois o poder de veto dos governos locais às iniciativas federais varia de acordo com as políticas, supondo que legados de políticas prévias e o ciclo da política estruturam diferentemente as arenas decisórias, condicionando as estratégias dos atores federativos (ARRETCHE, 1999).

Também deve ser levado em consideração que “em sistemas, como o SUS, em que a provisão de serviços é feita com base na delegação, os agentes encarregados da execução – no caso do SUS, os municípios – têm suas próprias agendas, as quais podem diferir das prioridades pactuadas nacionalmente [já] que têm controle sobre a execução dos serviços [e] os agentes podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências” (MARQUES e ARRETCHE, 2004).

Noutro ponto, há que se considerar se a saúde bucal está mesmo entre as prioridades municipais na RMSP. A Academia Brasileira de Ciências, em 2010, na obra *Doenças Negligenciadas*, traz algumas explicações sobre o termo do título:

o vocábulo “negligenciada” nos leva a uma consideração preliminar muito oportuna, embora seja apenas um exercício de interpretação literal: provém de “negligenciar”, que, por sua vez, origina-se de um conjunto formado por “nec” (latim) e “lego” (grego). Aqui “nec” está transformado em “neg” e significa “não”; é um prefixo negativo; já a raiz grega “lego” é “reunir para si”, “escolher” e também “ler”; portanto, neg-lego é “não reúno para mim”, “não escolho”, “não leio”; e assim “negligenciada” representa “não escolhida”, “não eleita” (FIALDINI JÚNIOR, 2010, p. x).

Ainda no documento temos que “o significado original de ‘não escolhida’, ‘não lida’, foi absorvendo mudanças e, hoje, carrega a interpretação de ‘menosprezo’, ‘pouca atenção’ e ‘descaso’” (FIALDINI JÚNIOR, 2010, p. x).

Partindo-se desta a reflexão e do fraco desempenho do PCOP, sugere-se que os programas de saúde bucal da RMSP, em seu conjunto e, principalmente, para alguns

municípios, que a expressão “Programa Negligenciado” caberia como explicação mais adequada dentro dos resultados demonstrados pelo estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo constatou-se que, na RMSP, a PNSB encontrou constrangimentos expressivos para se implantar e consolidar, com os incentivos federais não sendo suficientes para alterar a situação da provisão de serviços de saúde bucal, pois se confirmou expressiva variação nos valores do PCOP com predomínio de valores considerados baixíssimos.

O baixo desempenho do indicador PCOP nos municípios da RMSP pode ser interpretado como descumprimento da lei 8.080/90 quanto à exigência de utilizar a epidemiologia para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão em saúde, cogitando-se a hipótese de que as ações programáticas de saúde bucal estejam sendo negligenciadas na região.

A RMSP possui um número expressivo de municípios que não aderiram à PNSB. No federalismo brasileiro, em meio a constrangimentos e incentivos sobre as políticas públicas, os mecanismos de coordenação da PNSB são fundamentais para a análise desta política, pois dada a autonomia decisória municipal, as cidades só cooperam com o nível nacional se lhes for conveniente.

Os municípios possuem suas próprias agendas que podem diferir da agenda estadual e nacional. Tal fato pode gerar diferenças importantes que devem ser observadas nas análises governamentais empreendidas, seja para políticas setoriais ou subsetoriais como as referentes à Saúde Bucal. Além disso, mesmo quando não há colisão de diretrizes e os incentivos federais não geram dilemas quanto ao que fazer, reorientações em práticas sociais requerem tempo e recursos até que seus efeitos sejam sentidos.

Os resultados demonstraram que o federalismo brasileiro como modelo explicativo na análise das políticas públicas, no caso da Saúde Bucal, é necessário, porém não suficiente para amparar o que foi encontrado na RMSP quanto à provisão de serviços na área.

Fatores estruturais de base econômica são necessários, porém não suficientes para explicar o cálculo político dos atores envolvidos nos processos decisórios no que

tange ao município aderir ou não à PNSB ou até mesmo investir em Programas de Saúde Bucal em seus municípios.

No caso da PNSB, o desenho das políticas públicas, o legado de políticas anteriores e fatores políticos fazem parte, também, dos cálculos dos governantes, condicionando suas decisões sobre a adesão a estas políticas.

8. REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF. Construção e significado dos indicadores de saúde. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.
2. Arretche M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. RBCS, 1999;14(40):111-141
3. Arretche M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo/FAPESP, 2000a.
4. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Nobre M, Brant M. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: Iee/Puc, 2000b.
5. Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. Dados, 2002a;45(3):431-458.
6. Arretche M. Relações federativas nas políticas sociais, Educ. Soc., Campinas, 2002b;23(80):25-48.
7. Arretche M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. Rev. Sociol. Polít., 2005;24:69-85.
8. Arretche M. A agenda institucional. In: Marques E, Arretche M, Hochman G, Kuschmir K, organizadores. Dossiê métodos e explicações da política - para onde nos levam os caminhos recentes? RBCS, 2007;64.
9. Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma condição em termos? Dados, 2010;53(3):587-620.
10. Bardach E. The Implementation Game. In: Bardach E. What Happens after a Bill becomes a law. Cambridge: MIT Press, 1997.
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal / Centro Gráfico, 1988.

12. _____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
13. _____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
14. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada em municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário oficial da União; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.
15. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.121, de 17 de junho de 2002. Estabelece os mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no pacto de Indicadores de atenção Básica 2001 e aprova a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por estados e municípios. Diário oficial da União; 2002 jun 17. Seção 1.
16. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004a. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário oficial da União; 2002 dez 10. Seção 1.
17. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente: Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
18. _____. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
19. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006a. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o

- Ministério da Saúde. Diário oficial da União; 2006 mar 13. Seção 1, p. 45.
20. _____. Ministério da Saúde. Portaria No 699/GM de 30 de março de 2006b. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário oficial da União; 2006 mar 30. Seção 1.
21. _____. Unidade de Gerenciamento do Brasil, Departamento de Desenvolvimento Humano, Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica, Região da América Latina e do Caribe. Relatório nº 36601-BR. Documento do Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos, 2007a.
22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Manual 2007/2 aplicado aos municípios, 2007b.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
24. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
25. Botazzo C, Barros RS, Martino LVS, Oliveira MA, Pires FS. O relatório científico do “Observatório de Saúde Bucal Coletiva”: construindo a cidadania na saúde. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção

básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

26. Capella ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
27. Castro HR. A Região Metropolitana na federação brasileira: estudo do caso de Londrina, Paraná Sul [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.
28. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
29. DATASUS. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Informações em Saúde. [acesso em 25 de julho de 2010]. Disponível em: www.datasus.gov.br
30. Doria Filho U. Introdução à bioestatística: para simples mortais. São Paulo: Negócio Editora, 1999.
31. Elster J. Peças e Engrenagens das ciências sociais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
32. EMPLSA. Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano [homepage na internet]. São Paulo: Secretaria de Estado de Desenvolvimento Metropolitano – Governo do Estado de São Paulo; c2011 [acesso em 26 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.emplsa.sp.gov.br>
33. Fialdini Júnior A. Diagnóstico de um grande desafio na área da saúde. In: Souza W. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

34. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009;25(2):259-267.
35. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de luta por uma política pública. *Saúde em Debate*, 2009;3(81):64-71.
36. Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.
37. Garcia DV. A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
38. Ham C, Hill M. O processo de elaboração de políticas no Estado capitalista moderno. Campinas, tradução: Renato Amorim e Renato Dagnino, adaptação e revisão: Renato Dagnino, 1993.
39. Lipsky M. *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980.
40. Luquetti LB, Laguardia J. Confiabilidade dos dados de atendimento odontológico do Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (Sigab) em Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2009;18(3):255-264.
41. Machado CV, Lima LD. Os desafios da atenção à saúde em regiões metropolitanas. In: Giovanella L, Ecorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
42. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):521-532.

43. Majone G, Wildavsky A. Implementation as Evolution. In: Pressman JL, Wildavsky A. Implementation. Berkeley: University of California Press, 1973.
44. Marques E. Notas críticas a literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. In: BIB: Boletim Bibliográfico de Ciências Sociais, 1997;43:67-102.
45. Marques E. Leis gerais, explicações e mecanismos – para onde vão nossas análises? In: Marques E, Arretche M, Hochman G, Kuschner K. Dossiê métodos e explicações da política - para onde nos levam os caminhos recentes? RBCS, 2007;64.
46. Marques E, Arretche A. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. Cadernos CRH, 2004;34:55-81.
47. Marques FG. A Assembléia Nacional Constituinte e a política de saúde no Brasil [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.
48. Martino LVS, Botazzo C. Acesso e saúde bucal na Baixada Santista. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo, LR, organizadores. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
49. Melo MA. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social. Dados, 2005;48(4):845-889.
50. Mendes A. A busca da cumplicidade entre o planejamento e o processo orçamentário na saúde paulistana. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.
51. Mendes A. Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos municípios da Região Metropolitana de São Paulo 2002 a 2008/ Observatório de Saúde da região Metropolitana de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2010.

52. Menicucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
53. Mottin LM. Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para o município – um estudo no Rio Grande do Sul [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.
54. Moysés SJ. Informação em saúde e cidadania. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.
55. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública, 2006;40(N Esp):141-7.
56. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
57. Narvai PC, Frazão P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: Pereira AC. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Napoleão, 2009.
58. Oliveira JAP. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. Revista de Administração Pública, 2006;40(1):273-88.
59. Oliveira VE. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo Perspect; 2008;22(1):107-122.
60. Pierson P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policies. Governance: An International Journal of Policy and Administration. 1995;8(4):449-478.
61. Porta M. A dictionary of epidemiology. Fifth edition. New York: Oxford University Press, 2008.
62. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. Ciênc. Saúde Coletiva, 2006;11(4):895-910.

63. Presta AA, Saliba O, Garbin CAS. A saúde bucal nos planos municipais de saúde – análise da 8ª Regional de Saúde do estado do Paraná. RFO, 2007;12(1):27-31.
64. Roncalli AG. Os indicadores de saúde estariam indicando o que se propõem a indicar? O caso do CPO-D. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.
65. Roncalli AG. Indicadores de saúde e de saúde bucal: desafios para seu uso em modelos assistenciais. In: Pereira AC. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Napoleão, 2009.
66. Roversi-Monaco F. Descentralização. In: Bobbio N, Matteucci N, Gianfranco P, organizadores. Dicionário de política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009.
67. Rua MG. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: Rua MG, Carvalho MIV, organizadores. O estudo da política: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.
68. Sabatier PA, Mazmanian D. The Implementation of Public Policy: A Framework for Analysis. Policy Studies Journal, 1980;8:538-560.
69. Santos M. Por uma economia política da cidade: o caso de São Paulo. 2ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
70. São Paulo. Decreto Nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas.
71. Scatena JHG, Viana ALA, Tanaka OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. Cad. Saúde Pública, 2009;25(11):2433-2445.

72. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. São Paulo: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional – Governo do Estado de São Paulo; c2011 [acesso em 26 dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
73. Silva IF. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. ENSP/FIOCRUZ, 2000.
74. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. In: Sociologias, 2006;8(16):20-45.
75. Souza, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
76. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública, 2007;23(11):2727-2739.
77. Stepan A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: Federações que restringem ou ampliam o poder do *demos*, Dados, 1999;42(2):197-252.
78. TRE-SP. Tribunal Regional Eleitoral de São Paulo [homepage na internet]. Brasil: Tribunal Superior Eleitoral – Presidência da República; c2011 [acesso em 26 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.tre-sp.gov.br>
79. Viana ALA, Batista TWF. Análise de políticas públicas. In: Giovanella L, Ecorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
80. Viana ALA, Rocha JSY, Elias, PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. saúde pública, 2008;24 Sup 1:S79-S90.

81. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009;14(3):807-817.
82. Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
83. Weiss CH. Evaluation research: methods of assessing program effectiveness. Prentice-Hall methods of social science series. New Jersey: Prentice-Hall, 1972.
84. Weiss CH. Evaluation: methods for studying programs and policies. Second edition. New Jersey: Prentice-Hall, 1998

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela 17 – Estimativa populacional em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Estimativa da população			
	2006	2007	2008	2009
Arujá	75.119	77.530	78.960	80.925
Barueri	265.547	274.199	264.619	270.172
Biritiba-Mirim	29.693	30.460	29.208	29.645
Caieiras	94.983	98.576	86.698	88.211
Cajamar	63.343	65.244	62.522	63.674
Carapicuíba	389.634	396.437	388.532	392.701
Cotia	179.684	184.328	179.109	182.043
Diadema	395.331	401.111	394.266	397.734
Embu	245.857	251.626	245.093	248.723
Embu-Guaçu	72.171	74.474	61.701	62.137
Ferraz de Vasconcelos	176.531	181.692	175.939	179.232
Francisco Morato	170.586	176.152	155.224	157.291
Franco da Rocha	124.816	127.337	129.304	131.367
Guararema	24.819	25.257	26.523	26.974
Guarulhos	1.283.253	1.315.058	1.279.202	1.299.283
Itapecerica da Serra	162.239	167.161	159.102	161.979
Itapevi	202.682	208.762	201.995	205.877
Itaquaquecetuba	352.756	364.812	351.493	359.257
Jandira	113.324	116.574	110.325	112.131
Juquitiba	31.256	31.978	29.090	29.335
Mairiporã	75.025	77.274	77.443	79.153
Mauá	413.943	421.575	412.753	417.456
Mogi das Cruzes	372.420	378.788	371.372	375.273
Osasco	714.949	724.368	713.066	718.645
Pirapora do Bom Jesus	15.674	16.173	15.410	15.705
Poá	110.213	112.387	111.016	112.474
Ribeirão Pires	118.865	121.035	111.402	112.010
Rio Grande da Serra	42.406	43.205	41.215	41.599
Salesópolis	16.575	16.907	15.897	16.044
Santa Isabel	48.003	48.648	46.645	46.898
Santana de Parnaíba	102.225	106.361	110.730	114.322
Santo André	673.233	676.847	671.696	673.394
São Bernardo do Campo	803.904	819.124	801.580	810.980
São Caetano do Sul	133.241	132.195	151.103	152.093
São Lourenço da Serra	15.667	16.186	17.763	18.298
São Paulo	11.016.708	11.104.715	10.990.249	11.037.590
Suzano	280.318	288.118	279.394	284.354
Taboão da Serra	225.406	229.595	224.757	227.348
Vargem Grande Paulista	45.111	46.989	43.664	44.757

Fonte: IBGE.

ANEXO 2

Tabela 18 – Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e respectiva média em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2008.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	PIB per capita			
	2006	2007	2008	Média
Arujá	18.689,20	19.257,81	21.067,50	19.671,50
Barueri	125.583,50	124.707,36	113.012,67	121.101,17
Biritiba-Mirim	8.571,36	9.767,24	8.486,91	8.941,83
Caieiras	15.232,22	19.439,83	20.276,03	18.316,02
Cajamar	46.382,36	63.270,26	66.704,74	58.785,78
Carapicuíba	7.279,31	11.234,60	7.620,58	8.711,49
Cotia	26.947,12	30.154,06	33.238,68	30.113,28
Diadema	25.558,79	26.942,97	30.802,53	27.768,09
Embu	10.314,91	12.909,90	12.770,73	11.998,51
Embu-Guaçu	7.400,53	8.905,88	7.929,87	24.236,28
Ferraz de Vasconcelos	6.968,51	7.740,71	7.745,44	7.484,88
Francisco Morato	4.360,28	5.154,44	5.355,32	4.956,68
Franco da Rocha	13.665,41	14.517,72	14.426,57	14.203,23
Guararema	25.643,38	19.406,84	15.536,64	20.195,62
Guarulhos	26.117,11	26.945,71	27.683,58	26.915,46
Itapeverica da Serra	16.914,6	16.991,79	20.603,97	54.510,43
Itapevi	12.005,96	11.886,84	14.978,48	12.957,09
Itaquaquecetuba	7.629,99	8.419,57	8.026,83	8.025,46
Jandira	12.539,02	15.595,66	14.173,82	14.102,83
Juquitiba	7.566,45	8.131,55	7.565,31	7.754,43
Mairiporã	12.100,08	13.161,63	11.968,55	12.410,08
Mauá	16.067,37	16.090,23	15.235,69	15.797,76
Mogi das Cruzes	16.918,62	18.304,45	20.012,38	18.411,81
Osasco	32.468,01	42.449,74	46.645,93	40.521,22
Pirapora do Bom Jesus	9.015,37	11.593,17	10.695,24	10.434,59
Poá	22.998,08	22.186,75	20.900,87	22.028,56
Ribeirão Pires	13.934,71	15.158,60	14.786,31	14.626,54
Rio Grande da Serra	8.922,18	9.463,34	9.456,47	9.280,66
Salesópolis	11.739,60	15.121,76	8.770,07	11.877,14
Santa Isabel	11.087,25	12.557,29	14.709,76	12.784,76
Santana de Parnaíba	31.749,47	34.720,61	30.701,59	32.390,55
Santo André	22.614,99	23.760,25	22.177,27	22.850,83
São Bernardo do Campo	33.365,67	38.925,75	41.285,29	37.858,90
São Caetano do Sul	91.795,27	74.268,60	74.624,33	80.229,40
São Lourenço da Serra	10.093,41	9.136,12	7.938,25	9.055,92
São Paulo	33.489,46	35.879,38	35.997,50	35.122,11
Suzano	22.479,39	23.931,85	20.995,76	22.469,00
Taboão da Serra	18.424,38	19.561,56	19.059,73	19.015,22
Vargem Grande Paulista	13.440,64	15.929,94	16.701,52	15.357,36
Brasil	-	-	15.989,75	-
Estado de São Paulo	25.497,26	27.397,92	27.093,83	26.663,00

Fonte: SEADE.

* Valores deflacionados a preços de janeiro de 2011 pelo deflator IGP-DI/FGV.

ANEXO 3

Tabela 19 - Indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2008 e sua respectiva média.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Resultado do indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática (SISPACTO)			
	2006	2007	2008	Média
Arujá	4,57	3,47	2,95	3,66
Barueri	10,35	7,48	5,85	8,43
Biritiba-Mirim	6,36	4,43	6,36	5,71
Caieiras	9,88	13,31	9,43	10,87
Cajamar	19,80	15,84	27,54	21,06
Carapicuíba	1,52	1,50	1,47	1,49
Cotia	6,43	5,73	3,15	5,10
Diadema	21,20	10,10	4,42	11,90
Embu	7,47	8,65	9,06	8,39
Embu-Guaçu	4,82	3,83	18,94	9,19
Ferraz de Vasconcelos	9,05	8,88	8,11	8,11
Francisco Morato	8,80	10,50	11,41	10,23
Franco da Rocha	10,80	7,02	4,46	7,42
Guararema	6,30	4,22	6,73	5,75
Guarulhos	4,74	4,65	4,83	4,74
Itapecerica da Serra	13,30	12,90	12,85	13,01
Itapevi	6,00	6,11	2,53	4,88
Itaquaquecetuba	2,10	3,98	1,78	2,62
Jandira	7,85	3,75	5,25	5,61
Juquitiba	17,10	13,17	4,24	11,50
Mairiporã	3,12	4,10	5,27	4,163
Mauá	26,35	17,10	14,00	19,15
Mogi das Cruzes	25,34	42,84	33,70	33,96
Osasco	1,90	2,70	10,41	5,00
Pirapora do Bom Jesus	10,33	9,56	11,55	10,48
Poá	5,6	7,89	7,30	6,93
Ribeirão Pires	6,20	6,18	3,58	5,32
Rio Grande da Serra	10,80	11,01	10,98	10,93
Salesópolis	10,57	7,49	7,80	8,62
Santa Isabel	13,75	15,03	60,01	29,59
Santana de Parnaíba	12,60	10,55	9,12	10,75
Santo André	2,46	2,10	2,86	2,47
São Bernardo do Campo	4,80	4,10	6,22	5,04
São Caetano do Sul	55,70	66,47	24,35	48,84
São Lourenço da Serra	13,14	3,59	6,83	7,85
São Paulo	2,80	2,40	3,72	2,97
Suzano	5,90	5,50	5,34	5,58
Taboão da Serra	20,60	18,74	8,72	16,02
Vargem Grande Paulista	10,00	11,20	11,34	10,84
Estado	9,77	9,55	11,24	10,19

Fonte: SISPACTO/ DATASUS.

ANEXO 4

Tabela 20 – Receita Disponível *per capita* e respectiva média em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2006 a 2009.

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	Receita Disponível per capita				
	2006	2007	2008	2009	Média
Arujá	1045,13	1070,94	1181,40	1201,77	1124,81
Barueri	2789,96	3154,47	4080,16	4526,74	3637,83
Biritiba-Mirim	590,43	596,81	683,63	708,02	644,72
Caieiras	789,22	819,90	1022,38	1057,05	922,13
Cajamar	1693,57	1767,72	2025,37	2282,24	1942,22
Carapicuíba	379,90	378,94	406,29	422,12	396,81
Cotia	1322,50	1390,62	1581,43	1652,74	1486,82
Diadema	1032,12	1061,20	1207,51	1227,13	1131,99
Embu	551,62	561,21	675,08	640,04	606,98
Embu-Guaçu	540,38	599,38	742,56	754,06	659,09
Ferraz de Vasconcelos	427,62	431,39	501,01	509,34	467,34
Francisco Morato	379,78	384,16	473,11	500,89	434,48
Franco da Rocha	658,34	630,03	647,74	688,68	656,19
Guararema	1724,67	2054,88	1997,27	1928,19	1926,25
Guarulhos	934,90	963,33	1082,80	1105,56	1021,64
Itapecerica da Serra	755,69	757,74	883,09	-	798,84
Itapevi	584,09	658,86	767,33	787,38	699,41
Itaquaquecetuba	405,02	420,98	478,08	487,80	447,97
Jandira	701,04	705,25	858,50	894,37	789,79
Juquitiba	738,99	752,79	883,17	858,03	808,24
Mairiporã	783,42	832,43	892,71	960,81	867,34
Mauá	862,78	859,51	946,85	955,42	906,14
Mogi das Cruzes	869,82	956,59	951,12	1013,31	947,71
Osasco	873,10	910,50	1018,03	1095,49	974,28
Pirapora do Bom Jesus	1088,66	1106,75	1144,88	1099,82	1110,02
Poá	886,10	969,64	1559,59	1607,90	1255,80
Ribeirão Pires	740,06	773,76	913,90	962,11	847,45
Rio Grande da Serra	553,15	571,89	692,86	704,15	630,51
Salesópolis	886,70	911,52	997,89	943,60	934,92
Santa Isabel	827,89	835,13	935,02	1015,86	903,475
Santana de Parnaíba	2276,46	2267,44	2324,05	2480,46	2337,10
Santo André	1128,92	1136,98	1261,12	1229,82	1189,21
São Bernardo do Campo	1577,11	1581,89	1749,73	1831,57	1685,07
São Caetano do Sul	3206,84	3829,86	3823,28	3867,55	3681,88
São Lourenço da Serra	1209,82	1093,93	1063,75	998,27	1091,44
São Paulo	1551,46	1621,01	1699,89	-	1624,12
Suzano	948,37	945,22	1030,73	-	974,77
Taboão da Serra	847,28	899,66	1006,25	1035,71	947,22
Vargem Grande Paulista	1073,65	1087,84	1250,13	1243,87	1163,87
Estado	1581,87	1654,79	1765,91	1840,75	1710,83

Fonte: SIOPS/ DATASUS.

ANEXO 5

Página inicial do Currículo Lattes do autor.

The screenshot shows a web browser window titled "Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Luiz Vicente Souza Martino) - Windows Internet Explorer". The address bar displays the URL: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K41623096>. The browser's menu bar includes "Favoritos", "iG - Último Segundo, Eco...", and "Galeria do Web Slice". The page content is organized into several sections:

- Header:** "Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Luiz Vi...)" with navigation links for "Página" and "Segurança".
- Navigation Bar:** "Dados Gerais", "Projetos", "Áreas", "Produção em C,T & A", and "Eventos".
- Profile Section:**
 - Photo:** A portrait of Luiz Vicente Souza Martino.
 - Name:** "Luiz Vicente Souza Martino".
 - Description:** "Possui graduação em Odontologia (1989) e especialização em Odontologia em Saúde Coletiva (2003) pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Mestrando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (Texto informado pelo autor)".
 - Update:** "Última atualização do currículo em 24/07/2011".
 - Access:** "Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6724859936731226>".
 - Certificate:** "Certificado pelo autor em 24/07/11".
 - Links:** "Rede de colaboração", "Diretório de grupos de pesquisa", and "SciELO - artigos em texto completo".
- Dados pessoais:**
 - Nome:** Luiz Vicente Souza Martino
 - Nome em citações bibliográficas:** MARTINO, Luiz Vicente Souza
 - Sexo:** Masculino
 - Endereço profissional:** Instituto de Saúde, Rua Santo Antônio, 590, Bela Vista, 01314-000 - São Paulo, SP - Brasil. Telefone: (11) 32932276.
- Formação acadêmica/Titulação:** A section header is visible, but the content is not fully displayed.

The browser's status bar at the bottom shows "Internet | Modo Protegido: Ativado", a language dropdown set to "PT", and a system clock indicating "19:39" on "24/07/2011".

ANEXO 6

Página inicial do Currículo Lattes do orientador.

The screenshot shows a web browser window displaying the initial page of the Currículo Lattes system for Paulo Capel Narvai. The browser is Windows Internet Explorer, and the address bar shows the URL: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?jsessionid=98E40144B7439B1DA5488C5A6D30342B.mode8>. The search bar contains the text "paulo capel narvai lattes".

The page title is "Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Paulo Narvai)". The navigation menu includes: Dados Gerais, Linhas de pesquisa, Projetos, Áreas, Produção em C,T & A, Bancas, Eventos, Orientações, and Citações. The main content area displays the profile of Paulo Capel Narvai, a Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. It includes a photo of Paulo Capel Narvai, a brief biography, and a list of links: Rede de Colaboração, Diretório de grupos de pesquisa, and SciELO - artigos em texto completo. A certification stamp is visible, stating "Certificado pelo autor em 15/07/11". The bottom of the page shows the system status: "Internet | Modo Protegido: Ativado" and the date "24/07/2011".