

O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil

The SSP and the construction of National Oral Health Policy in Brazil

Telmo Oliveira Bittar*

Fábio Luiz Mialhe**

Marcelo de Castro Meneghim**

Antonio Carlos Pereira**

Denise Helena Fornazari***

Resumo

O objetivo deste estudo é rever as conquistas legais obtidas pela odontologia desde o início da era democrática, com a promulgação da Constituição de 1988, e suas aplicações legitimadas pelas leis orgânicas da saúde e regulamentadas pelas normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, seguindo o roteiro traçado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ademais, deseja-se, por meio dessa discussão, pautar o desenvolvimento de atividades de planejamento em saúde para os profissionais da prática pública, pela utilização deste modelo como instrumento promotor de política de saúde pública para os gestores e coordenadores municipais da área de saúde bucal de todo território nacional, seguindo as diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de autoria de Carlos Matus, e os critérios epidemiológicos utilizados pela Organização Mundial de Saúde.

Palavras-chave: Saúde bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Planejamento estratégico situacional. Gestão pública.

Introdução

A República Federativa do Brasil, a cada quatro anos, passa pelo processo democrático de sufrágio universal, conquista conseguida a duras penas pela Constituição de 1988. Ao povo brasileiro é legado o direito de escolher os futuros gestores municipais, estaduais e federais, bem como os membros do Legislativo nas três esferas de poder. Esse processo, em geral, implica que a cada quatro anos, com o processo eleitoral, haja mudanças nos meios políticos, em especial no setor saúde, dentre as quais se podem citar: mudanças de ideologias partidárias, mudança dos gestores públicos e do setor saúde, dos coordenadores de saúde bucal e das políticas públicas de saúde.

Essa descontinuidade no plano de gestão pública, embora constitucionalmente legal, não permite a condução de uma política de longo prazo destinada aos interesses da população, pois promove uma política vinculada ao mandato público do grupo político detentor dos direitos legais. Assim, este artigo revisa a questão da criação de uma política de Estado de longo prazo, direcionada à área de saúde bucal, discutindo os aspectos políticos, administrativos e institucionais no sentido de definir regras mais objetivas para o setor, respeitando as diversas linhas de pensamento político-partidárias, os trâmites do processo eleitoral e as diversidades organizacionais, culturais e econômicas dos 5.564 municípios brasileiros. Tal política se baseia exclusivamente no bem comum, por meio de um projeto firmado pelos

* Aluno do curso de mestrado em Saúde Coletiva da FOP/Unicamp.

** Professores doutores do Departamento de Odontologia Social da FOP/Unicamp.

*** Aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

atores e autores desse processo, utilizando-se um modelo de planejamento com comprovada eficácia científica.

Revisão da Literatura

A legitimação das conquistas institucionais: o que nos ampara por lei?

A Constituição da República Federativa do Brasil¹ (1988), dentro da questão da “ordem social” (Título VIII), no capítulo II da “Seguridade Social”, atesta em seus artigos:

Art. 194: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social;

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

As leis orgânicas da saúde são duas, 8.080 e 8.142, e regem os seguintes princípios^{2,3}:

a) Lei – 8.080 (19 de setembro de 1990), dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde e regula o funcionamento dos serviços de saúde em todo território nacional, entre outras providências. Cita-se aqui apenas os de maior valia referentes à investigação do perfil epidemiológico, à criação dos consórcios intermunicipais, aos Plos de Educação Permanente em Saúde e ao plano de saúde:

Art. 7, princípio VII: utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática;

Art. 10: os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam;

Art. 14: deverão ser criadas as comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior;

Art. 15, item VIII: elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

Art. 18: À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual.

b) Lei – 8.142 (28 de dezembro de 1990), dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde:

Art. 1: O Sistema Único de Saúde, de que trata a Lei 8.080, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo do poder das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde, que se reunirá a cada 4 anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente por estes ou pelo Conselho de Saúde;

II – o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A emenda constitucional n° 29, publicada no *Diário Oficial da União* em 14 de setembro de 2000, define os valores mínimos a serem aplicados pelos Estados e Municípios nas pastas da Educação, Saúde e Assistência Social. O percentual mínimo a ser gasto com ações de saúde para a esfera estadual é de 12% da arrecadação e de 15% para a esfera municipal⁴.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) 2001 e 2002 regem a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, tendo como agente principal os gestores estaduais, que deverão, de acordo com as necessidades de cada região, estabelecer os centros de referência para os municípios em seus respectivos estados, oferecendo serviços de média e alta complexidade, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI)⁵.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicadas após a III Conferência Nacional de Saúde Bucal em 2004, têm como princípios norteadores da atenção à saúde bucal: a gestão participativa, a ética na prestação dos serviços por parte dos profissionais integrantes do SUS, a ampliação do acesso aos serviços, o acolhimento da população por parte dos centros de saúde, o estabelecimento do vínculo com o usuário e a responsabilidade profissional. O processo de trabalho definido prega a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, a integralidade da ação, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação na atenção, as condições de trabalho e os parâmetros de orientação do processo de trabalho.

A portaria 283, publicada em fevereiro de 2005⁶, rege as normas e dispositivos para implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, ou seja, a contrarreferência necessária para atender aos casos de média complexidade provenientes da atenção básica, cumprindo os princípios de integralidade propostos pela Constituição federal.

A portaria nº 399, de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde, baseado em três princípios: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. O pacto pela Saúde não apenas reformula as políticas do SUS, como revigora e fortalece os processos de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, estabelecendo metas a serem cumpridas, criando os territórios sanitários e responsabilizando os municípios pela qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS⁷.

A portaria 648, publicada em março de 2006, aprova a Política Nacional da Atenção Básica e revê o papel dos integrantes da Equipe Saúde da Família, consolidando-a como a porta de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde⁸.

Planejando e programando ações em saúde

Para que se tenha uma medida ideal da capacidade de enfrentamento dos problemas públicos é necessário, primeiramente, ter conhecimento da realidade em que se está inserido. Assim, deve-se começar o processo de planejamento com uma “explicação situacional”, para que se possa conhecer a realidade dos problemas existentes e, posteriormente, buscar medidas efetivas para minorá-los ou eliminá-los.

O economista chileno Carlos Matus, com base em sua experiência como ministro do governo de Salvador Allende, rompeu com as regras do planejamento dito “normativo”, adotado pela América Latina e responsável por sucessivos erros na condução de sua política econômica, criando um novo modelo, denominado “Planejamento Estratégico Situacional” (PES)⁹. Este novo modelo é centralizado na análise dos problemas existentes, em especial daqueles mal-estruturados e complexos, em que o ator principal não tem controle sobre as variáveis intervenientes. Podem-se aqui citar o projeto de governo (propostas de ação), a capacidade de governo (capacidade de fazer cumprir o projeto de governo) e a governabilidade (capacidade de exercer controle sobre os atores envolvidos no processo).

Esse sistema fica centrado na identificação dos problemas, dos atores envolvidos, da situação existente e da capacidade de produção social. Assim, a metodologia utilizada pelo autor é definida em quatro etapas:¹⁰

- a) *Momento explicativo*: análise e seleção dos problemas considerados relevantes para o gestor e sobre os quais se pretende intervir;

- b) *Momento normativo*: é o momento de desenhar a situação almejada e definir o plano de intervenção, tomando como referência as causas críticas selecionadas, anteriormente definidas como problema;
- c) *Momento estratégico*: é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas dimensões política, econômica, cognitiva e organizativa, bem como a identificação dos possíveis fatores de impedimento;
- d) *Momento tático-operacional*: é o momento de colocar o plano em funcionamento, o momento da ação, da implantação do plano, visando alcançar os resultados e impactos propostos por este.

De posse desta teoria descrita por Matus, deve-se agora transpô-la para a área da saúde bucal, buscando obter sucesso no processo de planejamento e nas ações de programações em saúde no âmbito da esfera pública.

O momento explicativo na esfera médica seria considerado análogo a um levantamento epidemiológico dos problemas existentes, uma vez que por meio deste pode-se ter uma visualização dos principais problemas de saúde que afetam a comunidade-alvo. Assim, lança-se mão de indicadores, índices e coeficientes de saúde bucal para diagnosticar a situação de saúde de cada localidade¹¹.

Portanto, quando se transpõem as teorias de Matus para a odontologia, percorrem-se os passos que seguem.

Etapa 1 – Seleção dos índices e indicadores de saúde bucal

Levando em consideração a existência dos quatro principais problemas de saúde pública bucal – cárie, doença periodontal, má-oclusão e câncer bucal –, seleciona-se a melhor metodologia para colher os dados da população-alvo, por meio de medidas de alta validade e confiabilidade para os problemas supracitados.

O índice CPO-D, criado por Klein e Palmer em 1937, tem se mostrado um índice seguro, rápido, de fácil aceitação e execução, sendo, portanto, o índice mais comumente eleito para diagnóstico epidemiológico da doença cárie^{12,13}. Pode-se, ainda, optar pela variante CPO-S, que lida com a unidade superfície atacada, facilitando, posteriormente, a programação da necessidade de tratamento por parte do gestor.

Em relação aos problemas gengivais, o índice periodontal comunitário (IPC) tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde como referência para os estudos epidemiológicos periodontais, não apenas como poderoso instrumento de diagnóstico, mas como um potente preditor da necessidade de tratamento¹².

O índice de má-oclusão recomendado pela OMS é o índice de estética dental (IED), composto de

alguns quesitos, avaliando a existência de *overjet*, apinhamentos, ausência de elementos dentais, diastemas e versões dentárias. São medidas as discrepâncias por uma sonda milimetrada OMS e, posteriormente, calculadas as necessidades de tratamento de modo subjetivo como “não necessário”, “duvidoso”, “necessário” e “urgente”¹³.

Cabe aqui ressaltar, mais uma vez, que o gestor não é obrigado a acatar os instrumentos de medidas epidemiológicas citados, podendo, dentro de sua realidade, dispor de outros instrumentos que possam ser válidos, confiáveis, de fácil mensuração, aceitabilidade e custo reduzido.

Etapa 2 – Desenhando a situação ideal

Com os resultados do perfil epidemiológico, já se terá uma ideia de qual deverá ser a capacidade de enfrentamento para a resolução dos problemas existentes. Assim, pode-se basear em metas prescritas, em geral, pela OMS, de acordo com a situação socioeconômica, sanitária e demográfica da comunidade alvo. Obviamente, as metas para países desenvolvidos não serão as mesmas adotadas para países em desenvolvimento; portanto, em cidades brasileiras com um índice de desenvolvimento humano (IDH) menor não serão exigidas as mesmas metas de uma cidade com maior potencial socioeconômico e cultural. Respeitam-se, assim, as características individuais de cada localidade, como capacidade instalada, disponibilidade de recursos humanos especializados, oscilação da verba destinada ao setor de saúde bucal, entre outras.

Etapa 3 – Análise da viabilidade e das variáveis existentes

Nesta etapa precisa-se responder a algumas perguntas referentes ao número de procedimentos a serem realizados, ao número de profissionais exigidos, à capacidade instalada da prefeitura para receber e tratar a comunidade-alvo. Busca-se responder às seguintes perguntas: Quantas superfícies de cárie necessitam ser restauradas? Quantos profissionais serão necessários em regime de trabalho de 4h diárias? Serão necessários apenas auxiliares ou técnicos em higiene dentária? De quantos consultórios a prefeitura dispõe? Qual a verba mensal destinada para compra de materiais e insumo odontológico? Qual a demanda média de tratamento de emergência diária? Existem grupos de polarização? A localização geográfica das unidades de saúde favorece o acesso aos usuários?

Em geral, para facilitar o processo de programação equacionam-se todos estes subitens num termo comum a todos: as horas. Assim, os primeiros cálculos dizem a quantidade estimada de procedimentos/hora realizados por um cirurgião-dentista e, de posse do número de procedimentos a serem reali-

zados, encontra-se a quantidade de profissionais e unidades necessárias para este enfrentamento.

Etapa 4 – Execução do plano e realimentação do sistema

Uma das primeiras perguntas a serem respondidas é: Qual a lógica do sistema implantado? De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o Sistema de Saúde brasileiro está hierarquizado em três níveis:

- a) *Atenção básica* – considerada a porta de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde, este nível está aparelhado para resolver cerca de 80% das demandas expressas pelos usuários do sistema, segundo Roncalli¹⁴ (2000). Os 20% restantes, considerados demanda normativa, ou seja, uma demanda avaliada por profissional qualificado da área, deverão ser encaminhados para o próximo nível de complexidade;
- b) *Atenção de média complexidade* – este nível de atenção é composto pelo Centro de Especialidade Odontológica (CEO), devendo ser a contrarreferência da atenção básica, e, de acordo com a portaria 648, e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB) ser a contrarreferência do Programa de Saúde da Família (PSF). No CEO seriam realizados procedimentos referentes às especialidades odontológicas: endodontia, diagnóstico bucal, prótese, ortodontia, periodontia, cirurgia oral menor, pacientes especiais, entre outras;
- c) *Nível de alta complexidade* – neste nível seriam tratados os casos que necessitam de internações hospitalares, com necessidade de cirurgias maiores, confecção de próteses bucomaxilofaciais e demais procedimentos realizados em hospitais conveniados com a rede de saúde e inseridos no projeto de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde.

As frentes de trabalho devem ser direcionadas para a promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde segundo as DPNSB, com atenção distinta aos grupos por faixa etária e a grupos portadores de necessidades especiais (diabetes, hanseníase, tuberculose, HIV). Portanto, os três níveis de atuação deverão ser operacionalizados em conjunto, realizando-se a promoção da saúde via educação em saúde, a prevenção com medidas específicas para cada doença abordada e o tratamento composto da reabilitação dos pacientes injuriados¹⁵.

À medida que se realizam os procedimentos propostos, pode-se também realimentar o sistema com informações dele provenientes e avaliar a execução dos serviços realizados lançando mão de instrumentos de medida⁹. Novamente, ficará a cargo do gestor decidir sobre as medidas a adotar para a avaliação dos serviços de saúde: auditoria analítica/operacional, pesquisas avaliativas (análises estratégica, de intervenção, da produtividade, de efeitos,

de rendimento e de implantação) e pesquisas normativas (análises da estrutura, do processo e dos resultados).

Discussão

Segundo Testa¹⁶ (2002), quando são analisadas instituições hipercomplexas como as do setor saúde, devem-se levar em consideração os enfoques sociais, econômicos, institucionais e o controle social. Este último não deve se limitar apenas aos partidos políticos, como é comum em países em desenvolvimento, mas, sobretudo, contar com a participação de organismos representativos de forças sindicais, instituições sociais, organizações não governamentais e entidades de classe, uma vez que com a transformação da saúde em “saúde pública” é fundamental a criação de um espaço público onde possa haver um lugar para a produção e a reprodução social: o lugar da política, do diálogo, da discussão, da criação do consenso, do fortalecimento da sociedade civil e da solidariedade. Somente isso o garantirá a execução de políticas de longo prazo no âmbito do SUS sem prejuízos à sociedade civil.

Teixeira¹⁷ (2004) ressalta a necessidade de um bom planejamento na formulação e execução dos principais instrumentos de gestão em saúde pública no Brasil, a saber: Agenda da Saúde, Quadro de Metas, Plano de Saúde e Relatório de Gestão. Aponta ainda que todo plano de saúde deve levar em consideração o período de quatro anos para o qual é formulado, devendo conter os objetivos, metas e ações a serem desenvolvidos nesse período, respeitando a legislação institucional existente – Constituição Federal, leis orgânicas da saúde, leis orgânicas estaduais e municipais e a Agenda Municipal da Saúde –, apoiado numa análise ampla, multissetorial e interdisciplinar, envolvendo os diferentes atores do processo com o compromisso de avaliar os resultados obtidos no setor saúde.

Pode-se observar na administração pública brasileira a fomentação gradativa dos princípios constitucionais na consolidação das práticas de equidade, universalidade e integralidade das ações de saúde pública no Brasil, muito embora o interesse político seja muitas vezes o fator motivador dessas mudanças. Um exemplo clássico deste tema é a escolha de gestores para cargos públicos da saúde sem o devido perfil e conhecimento profissional necessário para o desempenho da função exigida.

A importância da presença constante de uma diversidade de atores envolvidos nesse processo é ímpar, uma vez que a construção de políticas de Estado de longo prazo se faz com a participação popular, desvinculada de siglas partidárias que tenham caráter transitório, eleitoreiro e de ações de efeito paliativo no setor, norteadas apenas os interesses de uma minoria legitimada no poder pelos trâmites democráticos do sufrágio eleitoral¹¹.

Todo gestor em saúde deve estar ciente de que adotando métodos eficazes e efetivos no âmbito da administração pública, que visem à promoção e educação em saúde, além de reduzir a incidência e prevalência de agravos à saúde da população, com o decorrer do tempo, também se reduzem os gastos com tratamento e reabilitação de pacientes injuriados, sendo, portanto, uma excepcional fonte de benefício social e estatal.

O Brasil, com seus 5.564 municípios, caracteriza-se por uma enorme diversidade de culturas, todas marcadas por diferenças socioeconômicas, empecilho que as novas portarias do Ministério da Saúde tentam resolver com o novo modelo de habilitação proposto pela portaria nº 399 e com o repasse de fundo a fundo pré-estabelecido. Contudo, entraves como a arrecadação local das receitas municipal e estadual ainda são considerados problemas geradores de desigualdades em saúde no país, consoante as regras estabelecidas pela emenda constitucional nº 29, a qual define o teto mínimo obrigatório por lei a ser investido no setor saúde.

O perfil das doenças, a capacidade instalada, a disponibilidade de recursos financeiros do setor odontológico e a qualificação de recursos humanos são outros problemas gerados por essa diversidade nacional¹⁸ e que ainda necessitam de uma maior atenção do governo federal, em especial no que se refere aos polos de educação permanente em saúde quando da capacitação dos recursos humanos para o SUS.

Com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em 2003, fica facultado ao Ministério da Saúde o papel de gestor na formação de recursos humanos para o SUS, objetivando capacitar profissionais de nível técnico e superior, conforme as necessidades epidemiológicas e administrativas de cada região do país, por meio dos polos de educação permanente em saúde¹⁹.

Considerações finais

Conclui-se que o SUS, respaldado por sua legislação e institucionalização, tem propiciado avanços significativos na implementação de um modelo universal, integral e equânime de atenção à saúde bucal no Brasil. Contudo, a falta de uma política de planos e carreiras para o setor público da saúde, a ausência de um planejamento a longo prazo por parte dos gestores públicos, muitas vezes desqualificados para o exercício da função, aliadas à falta do controle social quando na elaboração e execução das ações da agenda da saúde, levam à construção de políticas focais difusas, centradas em determinados grupos sociais, conduzindo a ações isoladas e de pouca efetividade.

Acredita-se, portanto, ser difícil alcançar na prática os preceitos de universalidade, equidade e integralidade prescritos pelo Sistema Único de Saú-

de e pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com políticas de atenção à saúde bucal voltadas para grupos de risco, portadores de necessidades especiais ou, mesmo, utilizando o critério de faixa etária. Isso ocorre porque esses critérios possuem caráter eletivo, devendo ser substituídos pelo critério de territorialidade, para que se possa dar continuidade às ações da agenda de saúde de modo universal e equânime, considerando as diferenças culturais, econômicas, políticas e sociais como geradores etiológicos do processo de desigualdade em saúde.

Abstract

The aim of this paper is to review the legal conquests obtained by the odontology, since the beginning of the democratic age with the Constitution of 1988, and its legitimated by the official health laws and its operational rules established by the Brazilian Health Ministry, following the paths designed by the national policy of oral health. By doing so, it has been set up a discussion in which this paper become a guidance for health planning in which public health managers and coordinators of the entire Brazilian territory, following the guidelines of the Situational Strategic Planning surrounded by Carlos Matus and the epidemiologic criteria used by the World Health Organization (WHO).

Key words: Oral health. Guidelines of the oral health national policy. Situational Strategic Plan. Public management.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
2. Brasil. Lei 8080. Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
3. Brasil. Lei 8.142. Diário Oficial da União, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
4. Brasil. Emenda Constitucional 29. Diário Oficial da União, 14 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência a Saúde /01 e 02. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala110.pdf>. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 283 de 22 de fevereiro de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-283.htm>. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006-a. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_399.doc. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006-b. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc. Data de acesso: 30 de maio de 2008.
9. Artmann E. O Planejamento Estratégico-Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
10. Matus C. El PES en la practica. Caracas: Fundación Altadir; 1994.
11. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995.
12. Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Artmed; 2003.
13. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2000.
14. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal – universidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso: 28 maio de 2008.
16. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Agir em saúde: um desafio público. Merhy EE, Onocko R. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
17. Teixeira C. Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004.
18. Artmann E. O Planejamento Estratégico-Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Cad Of Soc 2000; 3:98-119.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) [citado 2007 out 11]. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26735.

Endereço para correspondência

Telmo Oliveira Bittar
Departamento de Odontologia Social
Av. Limeira, 901, CP 52
13414-903 Piracicaba - SP
Fone: (19) 8162-0836
E-mail: telmobittar@hotmail.com.br

Recebido: 19/11/2007 Aceito: 29/04/2008