

Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil

An analysis of public politics aimed for dental health services in Brazil

Sérgio Spezzia

Mestrando em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp)
Especialista em Gestão Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)
Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da USP
Especialista em Adolescência para Equipe Multidisciplinar e em Gestão em Saúde pela EPM/Unifesp

Elisângela Mara Carneiro

Doutora em Desenvolvimento Rural pela UFRGS
Professora da Especialização em Gestão Pública da Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Larissa de Lima Trindade

Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria
Professora de Graduação e de Pós-graduação da Universidade Tecnológica Federal do Paraná

RESUMO

Políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de ações do poder público, constituídas por regras e procedimentos que auxiliam nas relações entre poder público e sociedade, visando solucionar problemas da coletividade. O objetivo do presente artigo foi o de analisar as políticas públicas voltadas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil. Os resultados demonstraram que o processo de atendimento odontológico precisa ser melhorado. Concluiu-se que existem na atualidade políticas públicas compensatórias que primam por atendimento odontológico com finalidade de atingir metas prioritárias, optando por beneficiar os pacientes mais carentes.

Palavras-chave: políticas públicas; administração de serviços de saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Public politics can be defined as a government set of actions, consisting of rules and procedures that assist government and society to in solving collective problems. The aim of this paper was to analyze public politics for public oral health services in Brazil. The results showed that dental care process needs to be improved. It was concluded that actually there are compensatory measures in public policy that aim for public dental care in order to achieve priority goals, choosing to benefit needy patients.

Keywords: public policies; health service administration; primary health care.

Introdução

Ao longo da história são muitos os problemas que ocorreram relacionados com a saúde pública brasileira, dentre esses se têm os problemas relacionados aos serviços de assistência à saúde odontológica. Conforme destaca FERREIRA (1), o acesso dos brasileiros à saúde bucal sempre se mostrou extremamente difícil e limitado.

Sabemos que todos nós somos frutos do passado e da nossa história, nesse sentido o setor saúde também foi parte inerente e sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos (2).

O reflexo desse período anterior, bem como suas deficiências, repercutiram no serviço público odontológico brasileiro, que na maioria das vezes encontra-se focado nos municípios brasileiros em ações voltadas para a faixa etária escolar de 6 a 12 anos e em gestantes. Os adultos e os idosos que compõem as outras faixas da população têm acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores (3).

Outro aspecto que tem importância extremada e que tem implicações específicas nesse tema é a falta de recursos destinados à assistência de saúde pública odontológica. Na saúde bucal não existe uma porcentagem de verba que é específica do todo da parte da saúde. Na maioria das discussões, devido ao fato, envolvendo tanto Congresso como a Conferência Nacional de Saúde, almejou-se ter um repasse fixo para a saúde bucal (4).

Expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, uma vez que os meios destinados para essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender prontamente todas as potenciais necessidades da população. Para fazer frente a esse quadro desafiador, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias. As metas precursoras propostas como mudanças foram os atendimentos de crianças e gestantes em caráter de urgência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Posteriormente, a implementação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2000, e o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico público (5).

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

A prestação de serviços públicos de saúde bucal em nosso país mostra-se, até então, carente de recursos para suprir a demanda, pouco se incrementou em termos de elaboração e implementação de políticas públicas para melhoria no setor (6).

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

Para responder a esse problema foi realizada uma revisão bibliográfica,

buscando-se traçar a configuração atual presente no Brasil, relacionada à disponibilidade de recursos para o setor saúde odontológico e procurou-se, também identificar se existe correspondência positiva para obtenção de êxito na prática.

O objetivo do presente artigo foi o de analisar as políticas públicas voltadas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil.

Revisão de Literatura

• Políticas Públicas

As políticas públicas constam de um conjunto de ações do poder público e fazem parte de um aglomerado de regras e procedimentos que auxiliam nas relações entre o poder governamental e a sociedade. Elas visam solucionar problemas da coletividade. Por intermediarem ações entre Estado e sociedade, são formuladas em documentos que orientam ações que compreendem aplicação de recursos públicos (7).

A fragmentação é um aspecto bastante comum nas políticas públicas empreendidas no Brasil. Embora as demandas sociais impliquem na articulação e na interação de diferentes setores, essas acabam não ocorrendo, pois cada setor fica responsável pela sua parte na política, gerando uma competição interburocrática. Em contrapartida, sabe-se que algumas políticas públicas podem necessitar que esforços nas áreas de saúde, educação e assistência social, sejam integrados (8).

Este tipo de competição, juntamente com a descontinuidade administrativa, que causa muito frequentemente interrupção, abandono ou substituição das estratégias, também são consideradas irregularidades e são responsáveis por emperrar as políticas públicas no país. Como resultado dessa irregularidade, temos o desperdício de recursos pela ineficácia das políticas públicas vigentes (8).

• Políticas Públicas no Serviço Público Odontológico

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde em nosso país. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. A demora na procura ao atendimento somada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a exodontia, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (9).

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras com acesso restrito. Tal constatação caracterizava a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (10).

Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal (11), concluído pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca havia ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente (12).

Para amplificação dos atendimentos no setor público,

adotaram-se medidas estabelecendo atendimento dentário na ESF e implantaram-se os CEO, o que possibilitou o estabelecimento de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal. Os CEOs ampliaram a oferta de atendimentos com maior complexidade, dentre eles: procedimentos protéticos, endodônticos e radiológicos (13).

O serviço público odontológico por si só, tende a ter caráter muito mais holístico e não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, realizando levantamentos epidemiológicos e fazendo ações preventivas e de educação em saúde, além de atuar promovendo a prestação de serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal (13).

Na impossibilidade de implantar o atendimento público odontológico com amplitude imediata e universal para promoção efetiva de saúde, foram estabelecidos alvos prioritários para o direcionamento preferencial de recursos, como o tratamento de crianças e gestantes e a atenção especializada em prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica. Além disso, manteve-se a prioridade do atendimento de urgência, que é princípio consagrado e consensual, tanto dos serviços públicos como dos privados (14).

O serviço público odontológico também atribuiu prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária. Essa política ainda está em fase de expansão, mas já há indicações favoráveis quanto a seu efeito de redução das desigualdades no atendimento em saúde bucal (13).

No contexto desses problemas, no nível de atendimento odontológico, encontra-se englobado o grave problema da desigualdade e distribuição de renda no Brasil, que é público e notório. Nesse sentido, precisa haver ainda políticas sociais que promovam a equidade (13).

O Estado brasileiro almeja minimizar as desigualdades sociais com políticas compensatórias, que tem como objetivo atender primeiro aos mais necessitados (15).

Como o Brasil é um país marcado por desigualdades no acesso e utilização dos serviços odontológicos, é importante conhecer as condições sociais associadas aos indicadores de atenção básica em saúde bucal, visando à implementação de políticas públicas para promover saúde e buscar a equidade (16).

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se limitado em grande parte aos serviços básicos, ocasionando, por conseguinte, grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (17).

A expansão da rede assistencial de atenção secundária

e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. A atenção básica tem importância extremada e requer consequente aumento da oferta na diversidade de procedimentos a serem oferecidos à população e também se fazem necessários investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção em saúde (18, 19).

No Brasil, a história caracteristicamente reporta inúmeras crises econômicas, envolvendo um enorme contingente de pessoas desprovidas de recursos financeiros, frequentemente, por outro lado, a oferta de alguns serviços é maior do que a procura. Esse quadro marcou a atividade odontológica por muito tempo, quando coexistia grande número de clínicas e unidades odontológicas e uma fraca demanda pelos serviços prestados pelos profissionais da área. Para diminuir a ociosidade das unidades odontológicas, foram propostos os planos de sistemas de pagamento por terceiros, cujo objetivo final é o financiamento da assistência odontológica. O objetivo de financiamento não é diminuir o valor dos honorários profissionais, mas financiá-los, promovendo a melhor distribuição dos serviços voltados à manutenção da saúde bucal (20).

A verba disponibilizada para saúde bucal é gasta em grande parte com custeio de material de consumo. O orçamento específico dos programas da saúde da família é composto por verbas escassas porque tem que ser gastas com materiais. A área odontológica parece não dar prejuízo, porque principalmente atende a procedimentos de cunho preventivo e coletivos, que são muito bem pagos para os cofres municipais. Em se tratando de prevenção, não existe onerosidade para se efetivar a abordagem clínica, comparado a outros procedimentos mais complexos clinicamente (21).

Os anseios no setor de saúde bucal são voltados para que se tivesse porcentagem fixa estabelecida para a área. Além disso, almeja-se melhorar os salários, uma vez que os salários para o cirurgião-dentista também estão muito baixos, com raras exceções. Por isso, defende-se que o coordenador de saúde bucal deveria ter primeiro uma formação em saúde pública para entender melhor essa contextualização (21).

Política Nacional de Saúde Odontológica

Nas duas últimas décadas não houve política nacional odontológica efetiva, apenas algumas experiências isoladas no setor de saúde bucal ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas (17).

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o Programa Brasil Sorridente (PBS). O PBS foi constituído por uma série de medidas que visaram garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, com intuito de aprimorar a qualidade de vida da população (17).

A implementação da PNSB, intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização

do sistema de saúde como um todo, propondo um modelo que desse conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios básicos do SUS. As diretrizes da PNSB visavam o acesso universal e a integralidade da atenção à saúde bucal (17).

No mais, nas últimas décadas, denotam-se duas importantes intervenções em saúde bucal, que foram expandidas em todo o país, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde no âmbito da saúde bucal. Procederam-se a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS, condutas que superaram a restrição histórica dessa modalidade assistencial ao grupo materno-infantil, notadamente aos escolares (16).

Discussão

Durante longos anos tivemos marginalizadas as práticas voltadas para a determinação de medidas que pudessem suprir as deficiências presentes no setor odontológico, devido a esse fato, prevaleceu a burocracia na prática dos atendimentos à população, o que dificultou bastante em termos de acessibilidade. As diretrizes das políticas públicas que vigoravam, garantiam tratamento de caráter parcial ou emergencial, apenas para pequena parcela da população. Os serviços públicos odontológicos caracterizavam-se por abrangência de casos com baixa complexidade (9).

Inexiste adoção de metas governamentais que visem propiciar investimento efetivo na saúde bucal, relatos demonstram dificuldade de se conseguir uma verba específica para a saúde bucal, além de evidenciarem prioridade para aplicação de verba voltada à prevenção e à compra de materiais (17, 18).

O governo procurou empreender efetivamente políticas públicas voltadas para o incremento da atenção primária nas UBS, principalmente, visando reduzir gastos futuros e promover tratamentos de caráter preventivo para evitar que se desenvolvam situações clínicas que requeiram tratamentos de maior complexidade (22).

No setor de saúde bucal coletiva, inúmeros estudos têm versado sobre a associação entre agravos bucais de saúde e condição social. Estudos realizados individualmente demonstram que os fatores de risco sociais, como: baixa escolaridade materna e baixa renda familiar constituem fatores predisponentes ao desenvolvimento da cárie dentária e de outras doenças (23).

Em estudos ecológicos esta relação também está presente e agravos bucais têm influência de desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a ocorrência de iniquidades em saúde bucal. As iniquidades têm repercussão também no acesso e na utilização dos serviços de saúde, que são observadas em estudos internacionais e em nosso país (24).

WATT & FULLER (25) afirmaram que, para melhorar a saúde bucal da população e reduzir as iniquidades, é

crucial que o profissional de saúde bucal seja um participante ativo como membro na implementação de políticas públicas para essa área. Em qualquer política de saúde bucal, portanto, faz-se presente a questão dos recursos humanos.

O motivo das reformas administrativas preconizadas pelo Estado brasileiro tem sido o de garantir mecanismos necessários ao aumento da eficiência, da eficácia e da efetividade da administração pública (26).

Os programas de saúde visam, tomando como base prioridades selecionadas, segundo critérios como magnitude, vulnerabilidade e transcendência, mesclar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas baseadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. Essas ações constituem a parte mais importante das atividades de trabalho nas unidades básicas (27).

Segundo CHIAVENATO (28), eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. A eficiência representa uma relação entre custos e benefícios e está relacionada com o melhor método pelo qual as coisas devem ser executadas, almejando que os recursos sejam disponibilizados de maneira racional. Na eficiência inexistente preocupação com os fins, ocorre preocupação apenas com os meios. É a eficácia que se preocupa com os fins, visando atingir os objetivos. O comportamento eficiente cumpre o prometido com foco no problema. A eficácia comumente vai um pouco mais além.

Conforme ressalta TORRES (29), efetividade é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação principal consiste em averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que alguns setores serão beneficiados em detrimento de outros. Essa constatação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, a ponto de sensibilizar a população com ideais de cidadania, para que esta também busque meios para a implementação de políticas públicas. A efetividade congrega o positivo que existe na eficiência e na eficácia. A efetividade relaciona-se com o impacto propiciado pela ação global. Será efetiva aquela ação que em seu resultado global e mais estratégico, tiver algum impacto positivo.

Os conceitos de efetividade, eficiência e eficácia desempenham papel importante e são intrínsecos em muitos momentos da prática odontológica, requerendo atenção especial quando da elaboração das políticas públicas de saúde bucal. Necessita-se para tanto de eficiência e eficácia da gestão pública. Algumas situações do cotidiano deixam clara essa associação. Na XI Conferência Nacional de Saúde, abordou-se a necessidade de órgãos governamentais, através de políticas públicas voltadas para a saúde bucal, incentivarem a formação de atendentes de consultório dentário (ACD) e de técnicos de higiene dental (THD) com vistas à composição da equipe de saúde para uma prática melhor produtiva, eficaz e eficiente, priorizando a qualidade dos serviços e a amplificação do acesso da população ao atendimento odontológico. A eficiência da tecnologia de fluoretação das águas é uma das principais razões que justificam o seu emprego, em todo o globo e também no Brasil (30).

A satisfação do usuário deve ser a principal meta de todo serviço assistencial de saúde.

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

Conclusão

Concluiu-se que existem na atualidade políticas públicas compensatórias que primam por atendimento público odontológico com finalidade de atingir metas prioritárias, optando por beneficiar os pacientes mais carentes ou necessitados. 



Referências ::

- 1 – FERREIRA, MCL. Práticas de cura: como alternativas de populares da comunidade Nazaré [trabalho de conclusão do curso de licenciatura em Antropologia Aplicada]. Quito: Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación; 2010.
- 2 – POLIGNANO, MV. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão, 2005. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude no brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude%20no%20brasil.rtf) Acessado em 07 de janeiro de 2015.
- 3 – MOREIRA, RS, NICO, LS, TOMITA, NE, et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005;21:1665-75.
- 4 – MOIMAZ, SAS, GARBINI, CAS, GARBINI, AJI, et al. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev Adm Publ FGV* 2008;42(6):1125-35.
- 5 – NAKAGAWA, MCS. Avaliação das práticas em serviço odontológico na estratégia saúde da família [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011.
- 6 – BRASIL. Constituição. Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988, 292p.
- 7 – TEIXEIRA, EC. O papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade, 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf Acessado em 16 de junho de 2014.
- 8 – RUAS, MG. Políticas Públicas. Ministério da Educação. Departamento de Ciências da Administração. UFSC. Florianópolis, 2. ed., 2012.
- 9 – BARROS, AJD, BERTOLDI, AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Rev C S Col* 2002;7(4):709-17.
- 10 – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde – Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica. Orgs. COSTA, JFR, CHAGAS, LD, SILVESTRE, RM. Brasília, 2006, 67 p.
- 11 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Editora MS. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
- 12 – COSTA, JFR, CHAGAS, LD, SILVESTRE, RM. (Orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2006. 67p.
- 13 – FRAZÃO, P, NARVAI, PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate* 2009;33 (81):64-71.
- 14 – CRUZ, DF. A organização do cuidado em saúde bucal de cidades da primeira macrorregional de saúde da Paraíba [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2010.
- 15 – OLIVEIRA, JLC, SALIBA, NA. Atenção odontológica no programa de saúde de Campos dos Goytacazes. Rio de Janeiro 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030 Acesso em 15 de fevereiro de 2011.
- 16 – ANTUNES, JLF, NARVAI, PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010;44 (2):360-5.
- 17 – BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
- 18 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, p. 2-7, 2004a.
- 19 – MAGALHÃES Jr., HM. Urgência e emergência – a participação do município. In: CAMPOS, CR, MALTA, DC, REIS, AT, SANTOS, AF, MERHY, EE. (orgs). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo; Xamã VM Editora e Gráfica Ltda; 1998. p. 265-86.
- 20 – SEIXAS, MM. Os princípios da administração na odontologia empresarial: procurando definir padrões de qualidade. 2001 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- 21 – TEIXEIRA, HV, TEIXEIRA, MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):379-91.
- 22 – CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D, FREITAS, CM (orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
- 23 – PERES, KG, BASTOS, JRM, LATORRE, MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34 (4): 402-8.
- 24 – JUNQUEIRA, SR, ARAÚJO, ME, ANTUNES, JLF, et al. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(4): 41-53.
- 25 – WATT, RG, FULLER, SS. Oral health promotion: opportunity knocks. *BDJ* 1999;186(1):3-6.
- 26 – MOORE, MH. Criando valor público: gestão estratégica no governo. Rio de Janeiro: Uniletras; Brasília: ENAP, 2002.
- 27 – CAMPOS, CEA. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(2):569-84.
- 28 – CHIAVENATO, I. Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-76.
- 29 – TORRES, MDF. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- 30 – FRIAS, AC, NARVAI, PC, ARAÚJO, ME, et al. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso: município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1237-46.

Recebido em: 05/08/2014 / Aprovado em: 08/09/2014

Sérgio Spezzia

Ambulatório dos Prematuros - Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo

Rua Diogo de Faria, 764

São Paulo/SP, Brasil - CEP: 04037-002

E-mail: sergio.spezzia@unifesp.br