

**DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS À ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO  
EM SAÚDE BUCAL NA BAHIA**

Sônia Cristina Lima Chaves<sup>a</sup>

Denise Nogueira Cruz<sup>b</sup>

**Resumo**

O tema Atenção em Saúde Bucal, neste estudo, envolve as necessidades de saúde bucal e a organização dos serviços públicos odontológicos no estado da Bahia. Este artigo discute as necessidades de saúde bucal e a organização dos serviços públicos odontológicos para seu enfrentamento na Bahia, comparativamente ao Brasil, e examina, brevemente, o desenvolvimento histórico e o estado atual dos serviços odontológicos no estado. Para isso, foi conduzida uma revisão de estudos publicados e analisados alguns estudos históricos. Os dados provenientes de bases oficiais caracterizaram a organização dos serviços em quatro componentes: recursos humanos, infraestrutura, modelo de atenção e financiamento. Os resultados revelaram que há poucos estudos que descrevam historicamente a conformação dos serviços públicos odontológicos na Bahia. Entre os componentes desse sistema, há distribuição desigual dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Macrorregiões, ainda que a cobertura estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF) esteja em 55,3%. A cobertura da primeira consulta odontológica é extremamente baixa em toda a Bahia, variando de 0,4% em Salvador a 2,0% na Macrorregião Centro-Norte, independente da cobertura das ESF/PSF. A média da ação coletiva de escovação supervisionada na Bahia é de 1,3%, sendo o pior desempenho aquele registrado por Salvador (0,4%). Concluiu-se que a realidade da odontologia pública na Bahia revela uma fraca tradição de burocracia estatal, associada ao predomínio da prática odontológica liberal, exigindo avanços na formação dos recursos humanos, no fortalecimento do movimento da saúde bucal coletiva e melhor gestão dos serviços públicos odontológicos.

Palavras-Chave: Administração de serviços de saúde. Política de saúde. Saúde bucal.

---

<sup>a</sup> Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da UFBA.

<sup>b</sup> Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Professora Assistente, Faculdade de Odontologia da UFBA.

**Endereço para correspondência:** Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia. Av. Araújo Pinho, n.º 62, Canela, Salvador, Bahia. schaves@ufba.br

## CHALLENGES FOR THE ORGANIZATION OF ORAL HEALTH CARE IN BAHIA, BRAZIL

### **Abstract**

The theme of oral health care in this study involves the needs and the organization of public dental services in the state of Bahia, Brazil. This article discusses the oral health needs and the organization of public dental services in Bahia, compared to Brazil. In order to do this a brief examination on the historical development and current dental public services in Bahia was performed. This review was conducted through the inspection of published studies and the analysis of some historical studies. The data derived from official bases characterized the organization of services into four components: human resources, infrastructure, financing and dental care model. This study revealed that there are few studies that describe the historical organization of public dental services in Bahia. Among the components of this system, there is unequal distribution of dentists from the Unified health System (SUS), although the coverage of the Family Health Strategy (ESF) is 55.3%. The coverage of the first dentist appointment is extremely low throughout Bahia, ranging from 0.4% to 2.0% in Salvador and in the macro-region Central-north, independently from the ESF and the Family health Program (PSF) coverage. The average collective action of tooth brushing supervision in Bahia is 1.3%, while the worst performance is in Salvador (0.4%). It can be concluded from this study that the reality of public dentistry in Bahia reveals a weak tradition of state bureaucracy associated with the prevalence of liberal dental practice. Therefore, advances in human resources training and a better management of public dental services are required

Key words: Health services administration. Health policy. Oral health.

## DESAFÍOS CONTEMPORÁNEOS A LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD BUCAL EN BAHÍA, BRASIL

### **Resumen**

En este estudio, el tema del Cuidado en Salud Bucal incluye las necesidades de la salud bucal y la organización de los servicios públicos de odontología en el estado de Bahía. Este artículo discute las necesidades de salud bucal y la organización de los servicios públicos odontológicos con respecto a su enfrentamiento en la Bahía, en comparación con Brasil y, examina brevemente, el desarrollo histórico y el estado actual de los servicios odontológicos en el estado. Se hizo una revisión de los estudios publicados, siendo analizados algunos

estudios históricos. Los datos, provenientes de bases oficiales, caracterizaron la organización de los servicios en cuatro componentes: recursos humanos, infraestructura, modelo de atención y financiación. Los resultados revelaron que existen pocos estudios que describen históricamente la conformación de los servicios públicos odontológicos en la Bahía. En las macrorregiones se detectó que, entre los componentes de ese sistema, existe una distribución desigual de recursos humanos del Sistema Único de Salud (SUS), a pesar de que la cobertura estimada de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) esté en un 55,3%. En toda la Bahía, la cobertura de la primera consulta odontológica es extremadamente baja, variando de 0,4% en Salvador a 2,0% en la macrorregión Centro-Norte, independiente de la cobertura de las ESF/PSF. En la Bahia, el promedio de la acción colectiva de cepillado supervisado es de 1,3%, siendo Salvador el de peor desempeño (0,4%). Se concluye que la realidad de la odontología pública en la Bahía revela una débil tradición de la burocracia estatal, asociada al predominio de la práctica odontológica liberal, exigiendo avances en la formación de recursos humanos, en el fortalecimiento de la acción de la salud bucal colectiva y una mejor gestión de los servicios públicos de odontología.

Palabras-Clave: Administración de los servicios de salud. Políticas de salud. Salud bucal.

## INTRODUÇÃO

No recente catálogo de sua última exposição, no Palacete das Artes - Bahia, Bel Borba, artista plástico baiano, apontado como um daqueles que mais representa a realidade de sua cidade e de sua gente, criou uma obra de arte com várias fotos no modelo 3x4, imensas, onde são retratados o “antes” e o “depois” de adultos jovens e idosos baianos sem dentes e após a colocação de próteses removíveis.<sup>1</sup> Sua obra é reveladora do flagelo social e ele, como artista, produziu um retrato de incrível denúncia com financiamento (da exposição e catálogo) do próprio Estado brasileiro, nesse caso, o governo do estado da Bahia, que custa a enfrentar essa problemática.

A frase emblemática em seu catálogo é: “A vida lhes levou os dentes e o sorriso lhes devolveu a alma.” Ainda que tal afirmativa possa levar a inúmeras reflexões e conclusões, o fato é que o quadro revelado nos estudos epidemiológicos nacionais é grave no país, mas extremamente preocupante no interior da região norte e nordeste, incluindo a Bahia. No Brasil, para a população adulta, as metas propostas no que se refere à cárie dentária estão distantes de serem alcançadas.<sup>2</sup> Os indicadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a população adulta apresentam pouco avanço nas últimas décadas. O CPO-D encontrado na idade índice

de 65-74 anos foi de 27,5 em 2010, sendo, em 2003, de 27,9.<sup>2,3</sup> A maior melhoria foi aos 35-44 anos, que apresentou CPO-D de 20,1 em 2003 e de 17,2 em 2010. Em Salvador, o CPO-D aos 35-44 anos foi de 14,3 no último inquérito nacional, um dos valores mais baixos do Brasil. Estudo<sup>4</sup> realizado em Salvador, em áreas cobertas pela equipe de saúde bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), apresentou um CPO-D nesse grupo de 14,1, sendo 60% constituído de dentes perdidos. Contudo, há poucos estudos publicados em bases indexadas, portanto disponíveis, sobre as condições de saúde bucal do interior do estado da Bahia. Numa tentativa de aproximação, com base no SB Brasil 2010, que descreve os indicadores para as cidades do interior do nordeste, incluindo os municípios da Bahia, como aquelas com as piores condições, encontra-se um CPO-D na faixa etária adulta de 17,8, portanto maior que a média nacional. Chamou a atenção também que a proporção dos dentes perdidos do CPO-D na população idosa (65-74 anos) foi de 91,1% em Salvador e de 95,4% no interior da região Nordeste, para valores de CPO-D de 28,5, ou seja, quase todos os dentes comprometidos pela cárie dentária ou já perdidos. No grupo de 35-44 anos, o percentual do componente perdido foi de 46,6% em Salvador e 63,2% no interior do nordeste, enquanto, no que se refere a dentes restaurados, foi de 39,8% em Salvador e 21,8% no interior do Nordeste. Deste modo, os resultados dos indicadores do interior são sempre mais graves que os da capital do estado.<sup>3</sup>

A permanência de um perfil de grande perda dental entre a população adulta apresenta como uma de suas prováveis causas o fato de as estratégias populacionais implementadas nos anos 1990 no Brasil, como a adição do flúor às pastas dentais, a expansão da fluoretação das águas e as ações comunitárias de prevenção das doenças bucais no sistema público de saúde,<sup>5</sup> não terem produzido reflexos nessa população adulta. Nos anos 1990, esse grupo populacional não recebia esses benefícios, já que, nessa época, possuía idade por volta dos 20 anos. Estudo que trata da importância de dentifícios de flúor no Brasil<sup>6</sup> denomina esse processo de “fator 90” (anos 1990), por envolver mudanças organizacionais e políticas relacionadas à própria redemocratização do país ocorridas nesse período.

Outra vertente possível de explicação da realidade epidemiológica de saúde bucal é a própria conformação da sociedade brasileira e baiana. As condições de saúde bucal no país e no estado são resultado dos determinantes sociais da saúde,<sup>7</sup> aqui compreendidos como o conjunto de fatores da estrutura econômica, ou seja, do modo de produção econômica e de sua distribuição entre os estratos sociais na sociedade, que definem as posições sociais dos indivíduos, e também da superestrutura político-ideológica, que manteve as relações de poder inalteradas nas últimas décadas, a despeito dos avanços no sistema de governo republicano e da própria democracia instaurada.

Por outro lado, espera-se que o modo como são organizados os serviços de saúde e os propósitos que direcionam a formulação e implementação das políticas de saúde pelo Estado impactem no quadro epidemiológico de uma dada população, inclusive na Bahia. Este artigo, apoiado teoricamente na obra “Pensar em Saúde”,<sup>8</sup> examina, brevemente, o desenvolvimento histórico e o estado atual da organização dos serviços odontológicos na Bahia, buscando compreender sua atual conformação e revelar os desafios futuros de superação dos obstáculos históricos incorporados nas organizações.

### **METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão dos estudos publicados, bem como analisados, brevemente, os estudos históricos. A análise da produção bibliográfica foi articulada com dados demográficos e de saúde bucal provenientes de bases oficiais, de modo a apresentar um panorama geral da organização dos serviços públicos de saúde bucal na Bahia e identificar seus desafios futuros. Foram analisados os componentes do sistema de serviços de saúde acerca da atenção à saúde bucal na Bahia com base no proposto em estudo sobre a reforma sanitária e os modelos assistenciais<sup>9</sup> (desenvolvimento de recursos humanos, organização dos recursos, prestação da atenção, apoio econômico e gestão). Os achados foram organizados de modo a adaptar tal proposta à realidade de descentralização e gestão do SUS. Considerou-se, para tanto, quatro dos componentes que foram analisados em três grupos: infraestrutura, com base nos recursos humanos e infraestrutura (recursos físicos); prestação da atenção e organização da atenção, analisados como *proxy* de modelo de atenção; e financiamento.

A coleta de dados secundários foi realizada no Datasus – especificamente Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados coletados foram lançados em planilha eletrônica para o cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como das médias simples. Também foi construído um mapa para espacializar os dados obtidos.

Para a análise das publicações baianas acerca da organização dos serviços de saúde bucal, foram identificados artigos publicados na Base Scielo e trabalhos selecionados de Anais de eventos científicos regionais disponíveis na internet. Para esta seleção, estabeleceu-se como critério a relação com a temática de organização da atenção à saúde bucal. Foram excluídos os trabalhos com caráter de diagnóstico epidemiológico, de atividades acadêmicas (extensão e graduação) e de serviços de saúde específicos. Para o levantamento dos artigos publicados na Base Scielo, foram utilizadas como palavras-chave as expressões “saúde bucal” ou “saúde bucal coletiva”.

## RESULTADOS

O estado da Bahia apresentou avanços sociais importantes na última década, como melhoria da escolaridade, redução da pobreza extrema e da natalidade, bem como aumento da expectativa de vida. Houve aumento considerável do financiamento público dos serviços de saúde, mas este trabalho também revelou que há poucos estudos que descrevam historicamente a conformação dos serviços públicos odontológicos na Bahia, sendo esta uma importante lacuna a ser investigada, identificando-se o “quem, como e porquê” das suas características atuais. Além disso, sua conformação atual é reveladora de baixa capacidade de governo da burocracia estatal nessa temática, com baixas coberturas de primeira consulta odontológica e das ações coletivas de escovação dentária supervisionada, bem como distribuição desigual dos recursos físicos e humanos no estado.

### A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO ESTADO DA BAHIA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Com uma população estimada de 14.175.341 habitantes em 2012, a Bahia foi a principal sede do Brasil colonial, dominado por Portugal desde 1500, ano em que, oficialmente, os portugueses aportaram no litoral baiano. Durante aproximadamente 300 anos, Salvador foi a principal cidade administrativa e centro econômico da colônia. A transformação importante ocorreu no final do século XVIII, com as mudanças políticas na Europa e a chegada da família real no Brasil em 1808. Este ano marca os primeiros momentos do fim do domínio baiano no país. Nesse período, o Rio de Janeiro passa a ser sede do Brasil colônia por pequeno período, já que a independência política do país ocorreria em 1822. Com a república instaurada apenas em 1889 ocorre, portanto, um esvaziamento político e econômico da Bahia nesse período, com o deslocamento do eixo do poder para os estados do sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais), que se aprofundou em todo o século XX.

É curioso observar que apenas em 25 de outubro de 1884 foram criados os primeiros cursos de odontologia do Brasil nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Porque na Bahia? O provável motivo é que a primeira Faculdade de Medicina do Brasil foi fundada nesse estado em 1808, já em fase de declínio de sua importância política desde a transferência da sede do governo imperial de Salvador para o Rio de Janeiro, ocorrida em 1762. Além disso, desde o final do século XVIII e início do XIX, um importante número de profissionais oriundo de outros países (França e EUA) já atuava no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro.<sup>10</sup> Chama a atenção também o fato de, na formação profissional, já ocorrer um deslocamento mais para o Sudeste. Em setembro de 1869, por exemplo, João Borges Diniz,

dentista formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi o fundador da primeira revista odontológica brasileira, a “Arte Dentária”.<sup>11</sup>

Essa breve descrição histórica é reveladora do processo de esvaziamento da Bahia enquanto polo dominante no Brasil, com perda de poder, recursos e prestígio. Obviamente, esta nova conformação influenciou a consolidação das políticas de Estado com a república instaurada em 1889, estendendo-se por todo o século XX.

Estudo<sup>12</sup> que busca identificar os antecedentes na formação da burocracia estatal do setor saúde na Bahia do século XX, a partir de 15 de novembro de 1889, data da proclamação da república, nas conjunturas da República Velha, Populismo, Autoritarismo e Nova República (até 1986), revela, com base na perspectiva do texto “Pensar em Saúde”, de Mario Testa,<sup>8</sup> a existência de determinações históricas (sociais, políticas e econômicas) que explicam a estrutura dessa burocracia materializada na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab).

#### HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA PÚBLICA NA BAHIA

Há carência de estudos que descrevam, historicamente, a organização dos serviços públicos odontológicos, como aquele que trata da organização da burocracia estatal dos serviços públicos de saúde na Bahia.<sup>12</sup> Ainda assim, pode-se afirmar que essa organização dos serviços públicos odontológicos foi também influenciada pela forma como os serviços públicos de saúde foram incorporados. Esta, portanto, é uma lacuna importante de pesquisas na Bahia, merecendo estudos sócio-históricos sobre essa temática.

As poucas informações disponíveis apontam que o serviço dentário escolar da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – criada em 1942 e mantida por um Acordo de Cooperação Técnica entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, com apoio da Fundação Rockefeller –, implementada inicialmente em Aimorés (MG), em 1952, já tinha postos na Bahia. A fluoretação das águas também ocorreu na Bahia e, em seguida, em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste. Os municípios de Barra, Juazeiro e Ilhéus possuíram serviços especiais de saúde pública com unidades implantadas e alguns dentistas baianos foram capacitados e tornaram-se sanitaristas nesse período. É certo que há lacunas na explicação das razões que justifiquem o menor avanço das práticas odontológicas públicas nesse período.

#### ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E OS COMPONENTES DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

De população predominantemente negra e parda (75,4% no último censo demográfico – 2010), a Bahia tem apresentado avanços quanto a alguns indicadores sociais.

Há importante aumento da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil nas últimas duas décadas. Chama a atenção o aumento da população urbana e a redução da natalidade. Contudo, ainda que haja melhoria, o percentual de população analfabeta mantém-se elevado entre os maiores de 15 anos (17,3%), mesmo com redução da pobreza, possivelmente relacionada à expansão de programas de transferência de renda a partir de 2003, como o Bolsa Família. Por outro lado, os gastos públicos com saúde aumentaram substancialmente, mas boa parte desses é destinada ao financiamento da rede especializada e hospitalar e menor na atenção primária (**Tabela 1**).

**Tabela 1** – Indicadores demográficos, sociais, macroeconômicos e de gastos com saúde (total e público) por nível de atenção – Bahia – 1990-2012

Indicadores	1990	2012
<b>Características socioeconômicas</b>		
População (1)	11.630.752	14.175.341
Expectativa de vida (1)	65,3(1991)	69,9(2000)
Mortalidade Infantil (1)	37,6	22,1
Taxa de Natalidade (1)	26,1(1991)	20,1(2006)
População urbana	59,1(1991)	72,8(2007)
Raça ou cor da pele autodeclarada		
Branços	28,4%(2000)	21,9%(2010)
Pardos	67,7% (2000)	58,5%(2010)
Negros	14,7 % (2000)	16,9%(2010)
Analfabetismo em pessoas ≥ 15 anos (%)	31,1(1992)	17,3(2008)
População >10 anos de idade que ganha ½ salário mínimo ou menos (%) (2)	4 581 594***	703727**
<b>Gastos com saúde (3)</b>		
Gastos com saúde <i>per capita</i> (paridade do poder de compra; US\$)	28,64(2000)	105,22(2008)
Proporção do produto interno bruto gasto com saúde	3,98(2002)	4,48(2009)
<b>Despesa pública com saúde(4)</b>		
Atenção primária	108.249.692,85(1998)	573.832.674,91(2006)
Atenção ambulatorial e hospitalar	7.234.860,55(1998)	935.095.006,76(2006)

(1) Fonte: Sinopse preliminar do Censo Demográfico de 1990 e 2010 na Bahia.

(2) Mais de ¼ a ½. Salário mínimo utilizado: R\$ 510,00. Inclusive as pessoas que recebiam somente em benefícios.

(3) Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Proporção gasto total/PIB (%).<sup>13</sup>

(4) Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Média e alta complexidade.<sup>14</sup>

A análise da organização da odontologia pública na Bahia com base nos componentes do sistema de saúde está descrita na **Tabela 2**. No que diz respeito aos Recursos Humanos na saúde bucal, a incorporação de profissionais no serviço público de saúde pode demonstrar a expansão e descentralização da atenção saúde bucal no SUS. Esta incorporação está fortemente relacionada a algumas variáveis, como financiamento, formação



e distribuição, por exemplo. No que diz respeito à formação, vale destacar que, na Bahia, até o final do século passado, existiam apenas dois cursos de graduação em odontologia, ambos situados na Macrorregião Leste, o que determinou a concentração da formação dos cirurgiões-dentistas (CD) e permanência na referida Macrorregião de Saúde.

**Tabela 2** – Características da organização da atenção à saúde bucal nas macrorregiões de saúde e capital por infraestrutura, recursos humanos, produção ambulatorial – Bahia – 2012

Componentes	Macrorregiões de saúde, capital e estado da Bahia										
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Salvador	Bahia
<b>Recursos humanos</b>											
Relação CD/Habitante	4612	7322	3724	2251	4945	5038	4599	4219	3808	1844	3426
Relação CD SUS/Habitante	6888	13616	14615	4518	17101	11774	9105	11575	9042	3467	7232
% CD da Bahia	11,2	2,6	5,0	47,6	4,0	4,9	4,7	9,8	10,3	35,5	100,0
% CD SUS da Bahia	15,8	2,9	2,7	50,1	2,4	4,4	5,0	7,6	9,1	39,9	100,0
Número TSB	6	1	4	77	-	-	-	8	6	68	102
<b>Infraestrutura</b>											
Relação equipo odontológico/habitante	2424	2752	1927	1703	2801	2513	2499	2193	2054	1540	2088
Relação equipo odontológico SUS/habitante	4486	3661	3474	7914	4389	4083	4001	3700	4006	16838	4731
Número de CEO	12	4	9	16	3	5	9	9	8	5	75
Relação CEO/habitante	177948	194032	86068	276998	273611	202508	99143	190342	202315	542194	189005
Variação % equipo odontológico (2008-2012)	35,5	36,2	27,6	50,6	25,2	31,3	28,9	24,8	20,3	55,1	35,8
Variação % equipo odontológico SUS (2008-2012)	25,6	37,7	9,3	9,6	24,7	23,4	32,7	24,1	13,5	8,8	20,0
<b>Modelo de Atenção</b>											
Cobertura estimada das ESB/SF (%)	54,0	66,7	77,1	32,8	54,6	63,0	59,2	75,9	56,5	14,0	53,3
Cobertura 1ª consulta odontológica**	1,4	2,0	0,9	0,9	1,2	1,8	1,8	1,7	1,1	0,4	1,3
Média de escovação dentária supervisionada***	0,36	0,90	0,66	0,63	1,17	0,83	0,45	1,22	1,42	0,32	0,53
<b>Financiamento</b>											
Co-financiamento ESF pelo Estado* (R\$)	8.209.288,4	3.264.000,0	3.619.088,8	9.187.500,0	2.967.000,0	3.432.457,4	2.814.870,3	7.078.867,3	6.340.918,7	2.682.000,0	46.913.990,9

Fonte: Elaboração própria com base em dados obtidos no DataSUS (CNES e SIA) referentes ao mês de agosto de 2012.

\* Bahia/Sesab. Dados referentes ao ano de 2011.

\*\* Dados obtidos pelo *tabwin* (incluem as consultas realizadas pelo clínico-geral e dentista da ESF).

\*\*\* Considerou-se para o indicador o número de meses compreendido entre jan./ago. 2012.

Assim, a análise da distribuição desses profissionais evidencia uma desigualdade, haja vista que existem atualmente (agosto de 2012), na Bahia, 4.138 CDs, sendo 1.470 (35,5%) atuantes em Salvador, cidade que concentra apenas 19,1% da população baiana (2.710.968 habitantes). (**Tabela 2**). Chama a atenção que 782 (53,2%) profissionais da capital baiana atendem pelo SUS. A relação CD/habitante é de 1.844 habitantes por dentista em Salvador. A relação CD que atende pelo SUS e habitantes aponta uma diferença considerável entre a Macrorregião Leste (cuja sede é a capital baiana) com uma relação de menos de 4.000 habitantes por CD para as demais regiões do Estado. As demais regiões apresentam uma relação CD/habitante acima de 4.000, chegando a aproximadamente 7.000 na Macrorregião Centro-Norte. É importante apontar que 50,1% de todos os CDs que atendem pelo SUS estão em uma única Macrorregião, a Leste.

Quanto aos profissionais de nível técnico, em agosto de 2012, a Bahia apresentava apenas 196 técnicos de saúde bucal (TSB) registrados no CNES, sendo 80% atuantes no SUS. Chama atenção a concentração desta categoria profissional no município de Salvador (quase 66,7%) determinando que 75,5% dos TSB estejam atuando na Macrorregião Leste. Vale destacar ainda a não existência de cadastramento de TSB nas Macrorregiões Nordeste, Norte e Oeste. Essa desigualdade na distribuição dos recursos humanos tem implicações diretas na expansão das equipes de saúde bucal, modalidade II, limitando seu avanço no estado. Portanto, a política de ampliação das equipes de saúde bucal no setor público, não centrada na prática do CD, apresenta limitações no caso baiano, ainda que se reconheçam os esforços na formação desse profissional pela Escola de Formação Técnica da Sesab.

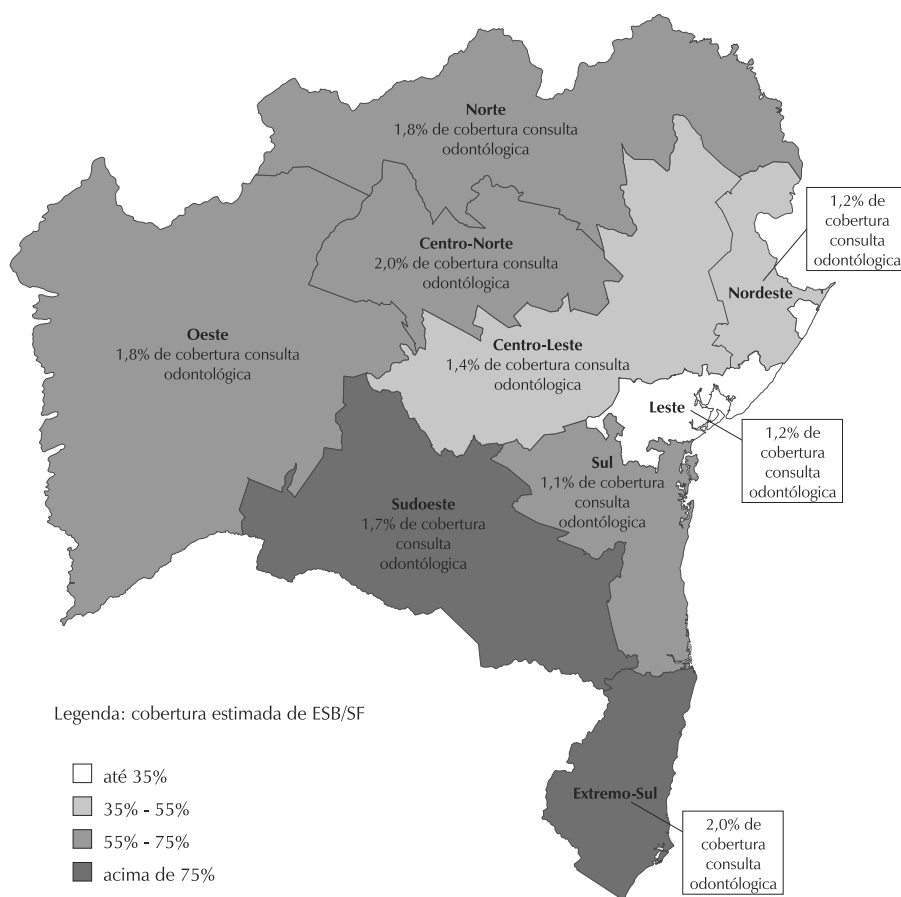
No que diz respeito à infraestrutura, a análise dos recursos físicos para responder às necessidades de saúde da população, aponta para aspectos que refletem, em parte, o modelo de atenção priorizado em algumas Macrorregiões. A Macrorregião Leste, impulsionada por Salvador, possui a pior relação equipo odontológico no SUS por habitante do Estado (**Tabela 2**). Não obstante, a atuação desses profissionais nesse espaço geográfico encontra-se vinculada à odontologia de mercado. A variação percentual dos equipos odontológicos nos últimos cinco anos demonstra que o maior crescimento percentual foi nessa Macrorregião; entretanto, foi onde ocorreu o menor crescimento percentual de equipos no SUS (**Tabela 2**). Destacam-se ainda as Macrorregiões Centro-Norte e Oeste, com ampliação de 58 e 55 equipamentos odontológicos disponíveis no SUS respectivamente (**Tabela 2**).

Importante observar também os dados sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Buscando efetivar o princípio da integralidade, o CEO realiza ações e serviços no âmbito da atenção secundária. Na Bahia, existem 75 CEO e 21% desses

encontram-se na Macrorregião Leste. Os estudos na Bahia revelaram problemas na sua implementação, com incorporação acrítica pelos gestores, em municípios com baixa cobertura da ESB, e fragilidades na atenção primária, produzindo, como consequência, desvios da sua função, como o predomínio da oferta de procedimentos típicos da atenção básica.

A análise dos recursos disponíveis estabelece possibilidades de introduzir a discussão do segundo grupo de componentes dos serviços de saúde – o modelo de atenção – que se refere à forma como são ofertados os serviços de saúde na perspectiva de suas práticas. A atenção à saúde bucal no Brasil é, historicamente, marcada por uma prática da odontologia de mercado com foco na atenção individual e curativa.<sup>11</sup> A conformação do SUS e as propostas de modelos assistenciais contra-hegemônicos possibilitaram avanços na saúde bucal. A incorporação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família também contribuiu para a capilarização das ações na Bahia e permitiu o desenvolvimento de práticas municipais exitosas.

Ao discutir a implementação de modelos assistenciais alternativos e o papel da reorientação da atenção primária para este fim, é importante ressaltar os avanços na cobertura da Saúde da Família na Bahia. No que diz respeito à cobertura estimada das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESB/SF), de acordo com a **Tabela 2**, destacam-se duas Macrorregiões com cobertura acima de 70% (Macrorregiões Sudoeste e Extremo Sul) e outras duas com coberturas acima de 60% (Macrorregiões Norte e Centro-Norte). Guardando relação com os achados de recursos humanos e físicos disponíveis no SUS, a Macrorregião Leste possui a pior cobertura estimada de ESB/SF. Contudo, a cobertura da primeira consulta odontológica é extremamente baixa em toda a Bahia, variando de 0,4%, em Salvador, a 2,0% na Macrorregião Centro-Norte, independente da maior cobertura das Estratégias Saúde da Família (ESF) no PSF, que foi de 55,3% na Bahia. Neste estado, Salvador apresenta a menor cobertura da ESF/PSF (14%). Cabe destacar que a cobertura da primeira consulta odontológica no Brasil está em torno de 11,9%, e a meta pactuada move-se em torno de 30%. Ou seja, aumento na oferta não tem significado aumento do acesso. Este achado tem sido apontado por outros estudos<sup>15</sup> (**Figura 1**). Podem estar ocorrendo problemas de registro da informação, mas também, e certamente, os problemas de gestão da oferta de consultas devem ser equacionados, porque a oferta disponível parece estar sendo subutilizada, pelo não cumprimento da carga horária ou manutenção de equipamentos, por exemplo, como também apontou estudo de avaliação da taxa de utilização de serviços especializados na Bahia.<sup>16</sup>



**Figura 1** – Cobertura estimada de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESB/SF) e cobertura de primeira consulta odontológica (clínica e SF) segundo Macrorregião de Saúde – Bahia – jan./ago. 2012

Fonte: DataSUS/tabwin/SIA, CNES e IBGE.

Contraditoriamente, a Macrorregião Leste possui melhor relação CEO/habitante do que os demais dados analisados, o que sugere uma priorização dos serviços especializados aos serviços básicos odontológicos nessa região, achado semelhante ao de estudo que avaliou aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador.<sup>17</sup>

Como tradução das práticas alternativas de mudança no modelo de atenção ou assistencial, as ações preventivas desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde bucal, medidas pelo indicador “média de escovação dentária supervisionada”, pode revelar o caráter dessas práticas. Nesse sentido, a Macrorregião Sudoeste tem o melhor desempenho, com 2%, seguida das Macrorregiões Leste e Nordeste. A média da Bahia é de 1,3%, sendo o pior desempenho, mais uma vez, o da capital do estado (0,4%). (**Tabela 2**). Cabe destacar que a meta nacional para 2012 é de 3% para esse indicador.

Quanto ao financiamento – último componente analisado – particularmente o financiamento da saúde bucal, é importante compreender que os recursos específicos para esta área estão vinculados às ESF/SF, CEO e laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPD) e procedem do Ministério da Saúde para os fundos municipais de saúde. No caso da Bahia, não há realização de transferências de recursos da esfera estadual especificamente para a saúde bucal. Este é um dos aspectos limitantes da análise, de modo que são apresentados, na **Tabela 2**, apenas os valores em reais (R\$) do total de repasse estadual para cofinanciamento das ESF acumulado no ano de 2011, segundo as Macrorregiões de Saúde. Ainda que os repasses federais induzam a adesão dos gestores ao desenvolvimento dessas políticas no âmbito local,<sup>18</sup> esses não são capazes de responder à situação particular na área de saúde bucal, que são os custos adicionais relativos à manutenção de equipamentos, instrumentais, insumos e materiais de consumo específicos.<sup>18</sup> Destaca-se ainda que, a partir de 2007, a Sesab incorporou no cofinanciamento das ESF os municípios com mais de 100.000 habitantes que, num período anterior, deixaram de receber incentivos estaduais.

#### EXPERIÊNCIAS OCORRIDAS EM CURSO NA BAHIA

Os esforços na organização da atenção à saúde bucal pública têm possibilitado a construção de experiências exitosas no estado. Alguns desses avanços vêm sendo divulgados em eventos e têm sido objeto de pesquisas científicas. A análise dos Anais de três eventos ocorridos na Bahia permitiu observar que, dentre os 28 trabalhos apresentados e selecionados, as Macrorregiões Leste, Nordeste e Sudoeste foram as que tiveram maior representatividade, tendo destaque os seguintes municípios: Santo Antônio de Jesus, Banzaê e Vitória da Conquista. A maior parte dos trabalhos apresentados nesses eventos relaciona-se com a subárea da epidemiologia da saúde bucal e com Saúde da Família, como se pode observar no **Quadro 1**.<sup>19-21</sup> A análise da distribuição dos trabalhos, segundo a Macrorregião, permite acreditar que existe um viés associado ao local em que são realizados os eventos, que parece fomentar maior participação dos trabalhadores e gestores locais. Portanto, a realização de eventos em diferentes regiões do Estado parece ser uma alternativa para a maior divulgação das experiências exitosas.

(continua)

Temática do trabalho	Evento	Macrorregião de Saúde (número de trabalhos)	Municípios
Avaliação de serviços e organização da atenção à saúde bucal	Aboprev, Enesb	Norte (1); Leste (1) e âmbito municipal (1)	Juazeiro e Santo Antônio de Jesus

**Quadro 1** – Análise das experiências municipais e/ou estadual no âmbito da saúde bucal com foco na subárea de política, planejamento e gestão divulgadas em eventos científicos – Bahia – 2003-2012

(conclusão)

Temática do trabalho	Evento	Macrorregião de Saúde (número de trabalhos)	Municípios
Atenção Especializada – Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	Aboprev	Âmbito municipal (2)	São Sebastião do Passé
Saúde Bucal no PSF	Cioba, Enesb	Sul (1); Centro-Leste (2); Leste (4); Sudoeste (2) e Nordeste (1)	Alagoinhas, Cairu, Camaçari, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, São Félix do Coribe e Vitória da Conquista
Epidemiologia em Saúde Bucal	Aboprev, Cioba, Enesb	Sudoeste (1), Nordeste (3), Leste (2), Centro-Norte (1) e âmbito estadual (1)	Banzaê, Irecê, Ibicuí, Salvador e São Francisco do Conde
Ações Educativas em Saúde Bucal	Aboprev	Nordeste (1) e âmbito municipal (1)	Banzaê
Outros	Cioba; Enesb	Sudoeste (1), Sul (1) e âmbito municipal (1)	Ilhéus e Vitória da Conquista

**Quadro 1** – Análise das experiências municipais e/ou estadual no âmbito da saúde bucal com foco na subárea de política, planejamento e gestão divulgadas em eventos científicos – Bahia – 2003-2012

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito aos trabalhos publicados em periódicos indexados, foram selecionados sete artigos da base de dados Scielo que tratavam da saúde bucal na subárea de política, planejamento e gestão na Bahia. As temáticas abordadas nos estudos selecionados foram: a saúde bucal na atenção primária (saúde da família) e na atenção especializada (CEO); a implementação da política de saúde bucal em âmbito municipal; organização da atenção e processo de trabalho (**Quadro 2**). Nesses trabalhos, os municípios de Salvador<sup>17</sup> e Alagoinhas<sup>22,23</sup> são mencionados, além de Vitória da Conquista, como objeto de investigação em alguns deles.<sup>16,24</sup> Os estudos reforçam que a gestão local tem papel fundamental na qualificação dos serviços de saúde e houve experiências exitosas de ampliação da atenção primária, ainda que apresentasse limitações no enfoque preventivo na população escolar e também na forte personalização dos serviços nos sujeitos com maior compromisso ou mais ajustados aos serviços públicos (**Quadro 2**).

(continua)

Temática do trabalho	Autor, Ano de Publicação e Fonte	Objetivo Geral	Local de realização do estudo (município e Macrorregião)
Atenção Especializada - CEO	Chaves, SCL; Cruz DN; Barros SG; Figueiredo AL, 2011, Cad Saúde Pública.	Estudo quantitativo que avalia a taxa de utilização de serviços públicos odontológicos especializados na Bahia (4 CEOs), apontando baixa taxa de utilização, com prováveis problemas de gestão do serviço.	Âmbito Estadual

**Quadro 2** – Análise das experiências municipais e/ou estadual no âmbito da saúde bucal no estado da Bahia com foco na subárea de política, planejamento e gestão publicadas em artigos científicos de revistas indexadas de 2003-2012

Temática do trabalho	Autor, Ano de Publicação e Fonte	Objetivo Geral	Local de realização do estudo (município e Macrorregião)
Política de Saúde Bucal	Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT, 2010, Rev Saúde Pública.	Estudo quantitativo que analisa a integralidade da atenção especializada a partir do estudo em 5 CEOs na Bahia, apontando que, nos municípios com maior cobertura da ESB, há maior possibilidade de o usuário ter acesso a procedimentos básicos e especializados.	Âmbito Estadual
Política de Saúde Bucal	Soares, Paim, 2011, Cad Saúde Pública.	Estudo qualitativo, que buscou analisar a implementação da PNSB na capital do estado. Revelou problemas na capacidade de governo, projeto e governabilidade, o que limitou a ampliação da APS e também a implantação dos CEOs com práticas de atenção primária.	Salvador (Leste)
Saúde Bucal no PSF	Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB, 2007, Cad Saúde Pública.	Estudo qualitativo. Analisou o processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no PSF de Alagoínhas. Apontou que as equipes de saúde bucal imprimem diferentes formas de acolhimento, ficando na dependência do compromisso e da singularidade dos profissionais.	Alagoínhas (Nordeste)
Saúde Bucal no PSF	Rodrigues AAO, Santos AM, Assis MMA, 2010, Ciênc saúde coletiva.	Estudo qualitativo em Alagoínhas. Revela que as ESF ainda não desenvolvem um trabalho interdisciplinar. Cada unidade planeja seu processo de trabalho de acordo com as singularidades dos profissionais no acolher, informar e atender, não como modelo de gestão do município.	Alagoínhas (Leste)
Organização da Atenção à Saúde Bucal	Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM, 2007, Cad. Saúde Pública	Estudo qualitativo comparativo na avaliação da implantação da saúde bucal na Bahia. Revelou grau de implantação intermediário no município com melhor gestão do SUS, ainda com problemas importantes nas práticas odontológicas centradas no modelo escolar.	Âmbito municipal (2 municípios)
Processo de Trabalho	Chaves & Vieira-da-Silva, 2007, Ciênc. saúde coletiva	Estudo qualitativo que revelou avanços nos objetos de trabalho dos dentistas no PSF de Vitória da Conquista, comparativamente a outro município. Revelou também forte inserção no campo privado, o que limita maiores aspirações no setor público.	Âmbito municipal (2 municípios)

**Quadro 2** – Análise das experiências municipais e/ou estadual no âmbito da saúde bucal no estado da Bahia com foco na subárea de política, planejamento e gestão publicadas em artigos científicos de revistas indexadas de 2003-2012

Fonte: Elaboração própria.

Ainda que seja importante ratificar que não se trata de uma revisão sistemática da bibliografia disponível, os achados apontam uma ausência de estudos publicados em periódicos de outros 415 municípios baianos. Essa evidência pode estar relacionada à pouca tradição de publicação científica por parte das gestões municipais do estado, à não obtenção da anuência municipal para divulgação do nome do município, bem como à localização dos cursos de pós-graduação na área de saúde coletiva e/ou saúde bucal coletiva no estado. A despeito do caráter exploratório do levantamento das experiências exitosas, os estudos apontam que,

mesmo com avanços na atenção primária, há ênfase na atenção preventiva ao escolar e poucas práticas de melhoria do acesso e acolhimento aos usuários, bem como baixa utilização de práticas de planejamento, o que pode explicar também a baixa cobertura da primeira consulta odontológica, que, teoricamente, traduz-se em acesso à prática restauradora.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realidade da odontologia pública na Bahia, brevemente descrita, revela uma fraca tradição de apoio às infraestruturas cívicas no estado, característica revelada por outros estudos no campo da burocracia estatal, como a educação e a administração pública.<sup>26</sup> Também a hegemonia da prática odontológica liberal limita os avanços da perspectiva da saúde bucal como um direito de saúde da população baiana. Nesse sentido, as políticas sociais, entre elas as da saúde, revelam o processo político e o jogo de interesses individuais e coletivos em torno de temas da agenda pública e de projetos de sociedade que determinaram os constrangimentos para o processo de redemocratização da saúde e sua operação na Bahia, sendo uma conformação que conserva o passado e mantém desigualdades.<sup>27,28</sup>

Este trabalho possibilitou a identificação de uma lacuna importante nas pesquisas da Bahia, no sentido do desenvolvimento de estudos sócio-históricos sobre a temática da odontologia pública, buscando colaborar para a explicação desse fenômeno no estado. Por um lado, é preciso apontar algumas limitações deste trabalho, como a utilização de dados secundários, especialmente sobre a atuação profissional e as limitações na análise do financiamento (não foram analisados, por exemplo, instrumentos orçamentários e de planejamento). No que diz respeito aos recursos humanos, é importante que sejam realizados estudos e intervenções no âmbito da educação permanente dos profissionais que atuam nos serviços, bem como melhor qualificação da gestão pelos coordenadores. Também não foi desenvolvida uma análise do componente de gestão do modelo adaptado de análise do sistema de serviços de saúde. É preciso reconhecer, por outro lado, as possibilidades de investigações que foram apresentadas. Nesse sentido, as análises tiveram um caráter mais exploratório e demandam aprofundamento e recorte do objeto de estudo.

Por fim, ratifica-se a importância de trabalhos nesta linha de estudo e o convite para que os agentes do espaço de luta da saúde bucal, entre aqueles situados nos serviços de saúde e no campo científico, realizem intervenções no sentido do maior desenvolvimento da burocracia estatal na saúde bucal, bem como possam conduzir investigações com esta perspectiva.



## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Sesab pela disponibilização dos dados dos serviços de saúde no estado.

## REFERÊNCIAS

1. Bahia. Governo do Estado. Secretaria de Cultura do Estado. Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural. Aqui em sete elementos, por Bel Borba. Palacete das Artes Rodin Bahia. Salvador; 2012. 53 p. Catálogo de exposição.
2. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saúde Pública*. 2012;28:s58-s68.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília, DF, 2011.
4. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Amorim TM. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21:109-18.
5. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus - Actas Saúde Coletiva*. 2011;6(2):21-34.
6. Cury JA, Tenuta L, Ribeiro C, Leme A. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. *Braz Dent J*. 2004 Sept-Dec;15(3):167-74.
7. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008. Extraído de [<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>], acesso em [20 de agosto de 2012].
8. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
9. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Vieira da Silva LM, organizador. *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA; 1994.
10. Narvai P, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editor. *Saúde bucal das famílias*. São Paulo: Artes Médica; 2008. p. 1-20.
11. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(esp.):141-7.
12. Molesini JAO. A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989) [Tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Série MS30- Gastos com ações e serviços públicos de saúde per capita – Estadual. Rio de Janeiro; 2012. Séries Estatísticas & Históricas. Extraído de [<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS30&t=gastos-aco-es-servicos-publicos-saude-capita>], acesso em [2 de setembro de 2012].
14. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores de Recursos. IDB 2011 Brasil. Gasto com ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB. Brasília; 2011. Extraído de [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/e0601.def>], acesso em [2 de setembro de 2012].
15. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde Soc.* 2010;19(3):547-56.
16. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SGd, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(1):143-54.
17. Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(5):966-74.
18. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2011;21(1):197-215.
19. ENESB-PSF. I Encontro do Nordeste de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: novos rumos da Odontologia Coletiva. Relatório. Vitória da Conquista (BA), 16 a 18 de outubro de 2003. Extraído de [[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/Relatorio\\_II\\_ENESB.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/Relatorio_II_ENESB.pdf)], acesso em [20 de agosto de 2012].
20. ABOPREV. Anais do 17º Congresso Internacional da ABOPREV: A saúde bucal em uma perspectiva de integralidade. Salvador (BA); 31 de maio a 2 de junho de 2012. Extraído de [<http://www.aboprev.org.br/ckfinder/userfiles/files/Anais%20do%20XVII%20Congresso.pdf>], acesso em [20 de agosto de 2012].
21. CIOBA 2012. Anais do 16.º Congresso Internacional de Odontologia da Bahia: Responsabilidade Social: Evolução, Desafios e Escolhas. Salvador (BA): 27 a 30 outubro de 2012. Extraído de [<http://www.cioba2012.com.br/docs/anaiscioba2012.pdf>], acesso em [20 de agosto de 2012].
22. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23:75-85.
23. Rodrigues AAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):907-15.

24. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1697-710.
25. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(5):1119-31.
26. Milani CRS. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. *Sociol*. 2006;8(16):180-214.
27. Teixeira CF, Paim JS, Araújo EC, Formigli VLA, Costa HG. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1993;9(1):79-84.
28. Coelho TCB, Paim JS. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1373-82.

Recebido em 28.11.2012 e aprovado em 2.12.2012.