

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Mestrado Profissional em Saúde da
Família- PROFSAÚDE

**REFLEXOS DA REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL NA OFERTA DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO
DISTRITO FEDERAL NA ÚLTIMA DÉCADA (2009 – 2019).**

JULIANA DE QUEIROZ MIZIARA

Brasília
Agosto de 2022

**REFLEXOS DA REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL NA OFERTA DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO
DISTRITO FEDERAL NA ÚLTIMA DÉCADA (2009 – 2019).**

JULIANA DE QUEIROZ MIZIARA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade

Brasília
Agosto de 2022

Ficha Catalográfica
Gerência Regional de Brasília
Escola de Governo Fiocruz Brasília
Biblioteca de Escola de Governo Fiocruz Brasília

M685r Miziara, Juliana de Queiroz.
Reflexos da reorganização do modelo de atenção à saúde bucal na oferta dos serviços odontológicos do Distrito Federal na última década (2009–2019). / Juliana de Queiroz Miziara. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.
105 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz, Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva (PROFSAÚDE), 2022.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade.

1. Saúde Bucal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Modelos de Assistência à Saúde. 4. Assistência Odontológica. I. Andrade, Bruno Leonardo Alves de. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 610

Catálogo na fonte: Livia Rodrigues Batista / CRB1 - 3443

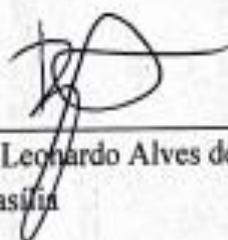
Juliana de Queiroz Miziara

Reflexos da Reorganização do Modelo de Atenção à Saúde Bucal na Oferta dos Serviços Odontológicos do Distrito Federal na Última Década (2009 – 2019).

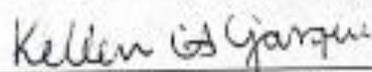
Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família (Saúde Coletiva).

Aprovado em 19/08/2022.

BANCA EXAMINADORA



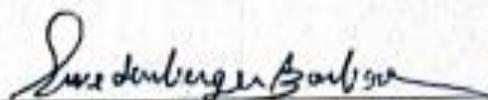
Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade - Orientador - Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília



Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque – Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília



Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto - Universidade de Brasília - UnB



Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Aos meus queridos pais, Nádía e Lengluber,
dedico este trabalho, na esperança de que o meu
agradecimento possa romper o céu e levar até
eles todo o meu amor e reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

A minha fé me impulsiona a iniciar estes agradecimentos ao meu amor Maior, Jesus Cristo, em quem coloco toda a minha confiança e esperança. Eu e Ele sabemos os mistérios de amor que envolveram o processo seletivo para o Mestrado e o quanto foi difícil atravessar esta fase durante o luto da morte de meu pai. Agradeço por ter a graça de ouvir a Sua voz e por saber que nunca estou sozinha, na certeza de ter um Deus que me ama e zela por mim em cada detalhe.

Agradeço aos meus amados pais que não mediram esforços para vencerem as barreiras do impossível para realizarem o meu grande sonho de estudar Odontologia. Ensinarão-me a nunca desistir dos meus objetivos e a ter autoconfiança repetindo sempre: “Você pode ser o que quiser, basta se esforçar”!

Agradeço ao meu esposo Luciano Miziara pelo amor e carinho, pela compreensão e apoio incondicionais, que me permitiram tempo e dedicação necessários para a realização deste estudo.

Agradeço aos meus filhos, Felipe e Esther, pelo amor que preenche meu coração todos os dias, que me dá forças para seguir em frente e move meus sonhos. Obrigada por aceitarem dividir a mamãe com tantos afazeres e por todo o carinho e compreensão.

Agradeço, de modo especial, ao meu orientador Bruno Andrade por toda dedicação e paciência, por acreditar neste projeto e por me ajudar a desbravar novos caminhos com determinação e segurança. Sem dúvida, este trabalho não teria êxito sem sua ajuda.

Agradeço a toda a equipe do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz Brasília, professores e todos os demais profissionais, por proporcionarem a nós alunos, uma educação de excelência. À coordenadora do curso, Kellen Gasque, um agradecimento especial pelas palavras de carinho, pelo apoio e por acreditar no meu potencial.

Finalmente, agradeço minhas companheiras de turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz, por estarmos sempre nos apoiando nos momentos difíceis. Alguns ficaram pelo caminho, mas nós conseguimos chegar até o fim. Somos vencedoras!

*Põe tuas delícias no Senhor, e os desejos do teu
coração Ele atenderá.*

Salmos 34, 4.

RESUMO

Nos últimos anos, o Distrito Federal (DF) tem sido cenário de constantes mudanças em seu Modelo de Atenção à Saúde. Para tal, ele tem fortalecido a Atenção Primária em Saúde (APS) e consolidado a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do modelo. Várias ações têm sido desenvolvidas para reorganizar tanto o modelo, como os processos de trabalho para superar as lacunas encontradas. Assim, este estudo tem como proposta a análise da reorganização do Modelo de Atenção à Saúde Bucal do Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2019 e seus reflexos nos serviços odontológicos ofertados à população no mesmo período. Inicialmente, será construída uma linha do tempo que confrontará o modelo de atenção à saúde com a oferta de saúde bucal no DF. Em seguida, será realizada a caracterização da rede de atenção à saúde vigente e por fim, propõe-se realizar uma análise dos dados disponíveis no SISAB (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica) e SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) para investigar a relação entre a reorganização do modelo de atenção à saúde e a oferta de serviços odontológicos no Distrito Federal.

Palavras-Chaves: Saúde Bucal, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Modelos de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

In recent years, the Federal District (DF) has been the scene of constant changes in its Health Care Model. To this end, it has strengthened the Primary Health Care and consolidated the Family Health Strategy as a gateway to the model. Several actions have been developed to reorganize both the model and the work processes to overcome the gaps found. Thus, this study proposes the analysis of the reorganization of the Oral Health Care Model of the Federal District between 2009 and 2019 and its effects on dental services offered to the population in the same period. Initially, a timeline will be built that will confront the health care model with the offer of oral health in the DF. Then, the characterization of the current health care network will be carried out and, finally, it is proposed to carry out an analysis of the data available in SISAB (Health Information System for Primary Care) and SIA/SUS (SUS Ambulatory Information System) to investigate the relationship between the reorganization of the health care model and the supply of dental services in the Federal District.

Keywords: Oral Health, Family Health Strategy, Primary Health Care, Healthcare Models.

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CD – Cirurgião-dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CPOD – Índice de Dentes Perdidos e Obturados

DF – Distrito Federal

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FCDF – Fundo Constitucional do Distrito Federal

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal

GDF – Governo do Distrito Federal

GEO – Gerência de Odontologia

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HSVP – Hospital São Vicente de Paula

HUB – Hospital Universitário de Brasília

ICS – Instituto Candango de Solidariedade

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PcD – Pessoa com Deficiência

PIA – Programa de Inversão da Atenção

PFS - Programa Família Saudável

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNE – Portador de Necessidades Especiais

PPA – Plano Plurianual

PSC – Programa Saúde em Casa

PSF – Programa Saúde da Família

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REMA – Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal

SESDF – Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SESPLAN – Sistema Estratégico de Planejamento

SIASUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SIHSUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Tabulador Genérico de Domínio Público

THD – Técnico em Higiene Dental

TRAKCARE – Sistema Unificado de Informações de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UnB – Universidade de Brasília

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos odontológicos selecionados para o estudo -----	37
Quadro 2 – Corpus de Análise -----	39
Quadro 3 – Indicador de Saúde Bucal primeira consulta odontológica programática apresentado no relatório de gestão da SESDF – 2009 -----	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal (2008 – 2011) -----	53
Figura 2 – Projeto em caracol de expansão da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal (2008 - 2011) -----	55
Figura 3 – Demonstrativo das unidades e consultórios odontológicos do Distrito Federal (2016 – 2019) -----	64
Figura 4 – Linha do tempo do processo de reorganização da saúde – marcos políticos no Brasil e Distrito Federal -----	76
Figura 5 – Distribuição das UBSs do DF com equipes de saúde bucal -----	78
Figura 6 – Distribuição dos hospitais do DF com equipes de saúde bucal -----	80
Figura 7 – Distribuição dos hospitais do DF com equipes de saúde bucal -----	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade de UBSs por Região Administrativa do DF -----	77
Gráfico 2 – Quantitativo de ações coletivas de escovação supervisionada no DF - 2009 a 2019 -----	83
Gráfico 3 – Quantitativo de 1ª consulta programática odontológica no DF entre os anos de 2009 a 2019 -----	85
Gráfico 4 - Quantitativo de exodontias de dentes permanentes no DF - 2009 a 2019 -----	89
Gráfico 5 - Quantitativo de exodontias de dentes decíduos no DF - 2009 a 2019 -----	91
Gráfico 6 - Quantitativo de restaurações em dentes permanentes no DF - 2009 a 2019 -----	92
Gráfico 7 - Quantitativo de restaurações em dentes decíduos no DF - 2009 a 2019 -----	94
Gráfico 8 - Quantitativo de atendimento de urgência na Atenção Básica - 2009 a 2019 -----	95

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL	19
3.2	MODELOS DE ATENÇÃO E SAÚDE BUCAL	25
4.	METODOLOGIA	34
4.1	TIPO DE ESTUDO	34
4.2	DESENHO DO ESTUDO	34
4.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
4.3.1	Levantamento Bibliográfico	35
4.3.2	Levantamento dos dados para caracterização da rede de unidades de saúde do DF	36
4.3.3	Levantamento dos procedimentos odontológicos das unidades de saúde do DF	36
4.3.4	Análise Documental	39
4.3.5	Processamento e Análise dos Dados	40
4.3.6	Considerações Éticas	41
4.3.7	Confecção de Relatório Técnico	41
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DF	42
5.1.1	Atenção à Saúde no DF – período anterior a 2009	42
	<i>Plano Bandeira de Melo (1960 – 1979)</i>	42
	<i>Plano de Assistência à Saúde no DF (1979 – 1994)</i>	43
	<i>Plano de reformulação do modelo assistencial e implantação do Programa Saúde em Casa (1995 – 1999)</i>	45
	<i>Programa Saúde da Família (1999 – 2003)</i>	47
	<i>Programa Família Saudável (2003 – 2006)</i>	49
	<i>Estratégia Saúde da Família (2007 – 2009)</i>	51

5.1.2	Atenção à Saúde no DF – período posterior à 2009	53
	<i>Período 2009 – 2010</i>	53
	<i>Período 2011 – 2014</i>	56
	<i>Período 2015 – 2018</i>	64
	<i>Período 2019 – 2022</i>	69
5.2	CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DF	71
5.2.1	Processo de Reorganização do Modelo de Atenção à Saúde Bucal no DF (linha do tempo)	71
5.2.2	Caracterização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no DF	77
5.2.3	Oferta de Serviços Odontológicos no DF – 2009 a 2019	81
	<i>Ação Coletiva de Escovação Supervisionada</i>	82
	<i>Primeira Consulta Odontológica Programática</i>	85
	<i>Exodontia de dentes permanentes</i>	89
	<i>Exodontia de dentes decíduos</i>	91
	<i>Atendimento de urgências odontológicas</i>	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

1. INTRODUÇÃO

A atenção odontológica no serviço público brasileiro durante muito tempo caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, na maioria das vezes por meio de programas específicos. O atendimento ao restante da população acabava se restringindo a serviços de urgência, de caráter curativo e mutilador (BRASIL, 2018).

Em um contexto nacional, na tentativa de mudança desta realidade, momentos importantes marcaram a trajetória brasileira de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal capazes de refletirem em mudanças nos processos de trabalho.

Cronologicamente, iniciou-se em 1986 com a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, e em 1993 houve a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde a assistência odontológica foi efetivamente inserida no Sistema Único de Saúde (SUS). No ano 2000 aconteceu a inserção dos profissionais de odontologia nas equipes de saúde da família, passando pela criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2003 e o lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004. Em 2006 a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica normatizou as responsabilidades e atribuições dos profissionais de saúde bucal da Atenção Básica (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – foi considerada a maior política de saúde bucal do mundo pelo Ministério da Saúde. Previa a expansão dos serviços de saúde bucal, a criação de novos serviços e uma reorientação do modelo assistencial com a implantação de uma rede articulada entre os três níveis de atenção com ações multidisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2018).

Apesar de ter sido um marco histórico para a saúde bucal no país, prevendo uma Odontologia integrada e articulada com as demais especialidades, após 10 anos da implantação dessa Política, estudos demonstraram que: “apesar do novo cenário normativo, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal”. Ou seja, os profissionais persistem em reproduzir o modelo biomédico dominante (SCHERER; SCHERER, 2015).

Em um panorama local, em resposta a todas as iniciativas do Governo Federal, no ano de 2005, o DF publicou a primeira Política Distrital de Saúde Bucal voltada principalmente para as ações coletivas (fluoretação das águas, educação em saúde e vigilância em saúde) e ações assistenciais em grupos específicos (Programa Cárie Zero – 0 a 6 anos; Programa de saúde bucal – 7 a 19 anos; Programa de Saúde Bucal do Adulto – 20 anos ou mais) (DISTRITO FEDERAL, 2005a).

Basso e colaboradores (2019) referem que a assistência prestada era basicamente centrada nas ações curativas reparadoras e as ações de promoção e prevenção direcionada a grupos específicos como crianças de 0 a 6 anos e gestantes.

Sendo assim, com o objetivo de consolidar a conversão do modelo assistencial à saúde utilizou-se a Estratégia Saúde da Família para a ampliação da cobertura de saúde bucal no DF. Para isso, elaborou-se o projeto “Ampliação da Cobertura de Saúde Bucal na APS”, buscando-se a otimização de todos os recursos e a estruturação dos elementos da rede de atenção (BASSO *et al.*, 2019).

Em 2017, o Governo do DF publicou a portaria SESDF nº 77 na intenção de reorientar o modelo de Atenção Primária do Distrito Federal e iniciou um processo de construção de sua rede de atenção à saúde bucal desenvolvendo uma linha de cuidado estruturada nos pilares da Estratégia Saúde da Família, sendo a Gerência de Odontologia (GEO) da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), a principal responsável pela elaboração e execução da chamada “Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal” (BASSO *et al.*, 2019).

A gestão de saúde do DF tem voltado seus esforços nos últimos anos para a ampliação da APS e o fortalecimento do modelo Estratégia Saúde da Família. Na tentativa de superar as fragilidades deste modelo, vários programas e políticas têm sido aplicados no DF.

Entre os anos de 2009 a 2019, a Atenção à Saúde Bucal foi cenário de mudanças consideráveis em sua estrutura organizacional e assistencial. A implementação de relevantes Políticas Públicas de Saúde ocorreu ao longo deste período, um dos motivos pelo qual se deu a escolha deste espaço temporal para este estudo.

Acredita-se que tais políticas públicas possam ter refletido na organização da rede de atenção bucal, assim como, na oferta de serviços e indicadores de saúde bucal do DF. Assim, este estudo traz a seguinte pergunta norteadora: Quais foram os reflexos do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal na oferta dos serviços odontológicos, entre os anos de 2009 a 2019, no DF?

No ano 2010 fui nomeada como cirurgiã-dentista da SESDF, passando a compor o quadro técnico de profissionais de saúde, na maior nomeação da história da categoria no DF. Portanto, tive a oportunidade de vivenciar as transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde bucal do DF nos últimos anos, razão pela qual se deu a motivação principal deste estudo. Tive também a oportunidade de acompanhar as várias fases da Odontologia como parte integrante de uma APS ainda em fase de construção no DF, com a implementação da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada da assistência à saúde.

Apesar do discurso de que a rede de atenção à saúde deve estar organizada de forma interligada e multiprofissional, percebe-se, ainda, que a formulação das políticas públicas de saúde é desenvolvida com uma visão estreita da saúde girando em torno da área de medicina/enfermagem. A Odontologia permanece sendo um setor de alto custo, com pouca resolutividade em termos de mudança no paradigma das doenças bucais e com baixo acesso da população à cartela de serviços.

Sendo assim, os resultados deste estudo poderão indicar possíveis respostas aos vários questionamentos que têm me inquietado ao longo da minha prática junto à rede de atenção à saúde do DF, que surgiram principalmente pela vivência de todo o processo de transição do modelo assistencial de saúde, como profissional da assistência na APS e também apontar os reflexos deste processo na oferta de saúde da população do DF.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar o Modelo de Atenção à Saúde Bucal do Distrito Federal entre os anos de 2009-2019 e os possíveis reflexos na oferta de serviços a sua população.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Descrever o processo de implementação da Atenção à Saúde Bucal no Distrito Federal;
2. Caracterizar a rede de Atenção à Saúde Bucal do Distrito Federal no período supracitado;
3. Analisar a oferta de serviços de Saúde Bucal neste mesmo período, considerando as possíveis alterações ocorridas no modelo de atenção à saúde bucal no período supracitado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

Por volta dos anos 70 estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência à saúde e prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias e o gerenciamento na atenção médica. A mais difundida foi a da atenção primária ou medicina comunitária. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral. A partir de 1980, várias experiências de governo originaram correntes que contribuíram para uma avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com a universalização da saúde. (JUNIOR; ALVES, 2007).

A necessidade de mudanças do modelo de atenção à saúde tem sido discutida exaustivamente no Brasil, antes mesmo da criação do SUS, na busca de se criar um sistema de saúde que efetivamente valorize as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças articuladas com a atenção, recuperação e reabilitação das pessoas na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços. A idealização da aplicabilidade destes princípios visa à construção de um novo modelo que supere o anterior, que permanece enraizado na supervalorização da doença, das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, à fragmentação do cuidado em saúde (GIL; MAEDA, 2013).

Essas experiências serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, importante marco no setor da saúde brasileira. A conferência reafirmou e consolidou as propostas do movimento sanitário brasileiro e ampliou o conceito de saúde, conferindo-lhe o caráter de direito de cidadania. Consagrou uma concepção mais ampla de saúde, entendida como resultante de condições de vida e de trabalho, e o entendimento de que a saúde é um direito humano, a ser garantido pelo Estado (ROMERO, 2008).

A proposta de reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado desse movimento em prol de uma ampla reforma sanitária, por meio de discussões sobre a necessidade de mudanças do modelo assistencial dominante no Brasil, altamente centralizado, fragmentado e restrito às ações curativas. Essas discussões apontavam para profundas

transformações, evidenciando a necessidade da descentralização dos serviços, humanização do atendimento e da atenção integral, garantindo o acesso à saúde para toda a população (GIL; MAEDA, 2013).

Sendo assim, as diretrizes da VIII Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90), onde foi instituído o SUS, reconhecendo a saúde como direito social, e dever do Estado garanti-lo à população, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Coube ao poder público a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (ROMERO, 2008).

Os princípios do SUS passaram a ser, então, um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular (GIL; MAEDA, 2013).

Em se tratando da Reforma Sanitária Brasileira, quando se fala em mudança do modelo de atenção à saúde é importante compreender que esta mudança é relativa ao modelo ainda hegemônico no Brasil, ou seja, o modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão (GIL; MAEDA, 2013).

O modelo idealizado para o SUS é o oposto haja vista que preconiza a integralidade do cuidado, a garantia do acesso, a regionalização e descentralização dos serviços, as ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população por meio de ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais. Para tanto, requer um processo de luta política e social visando garantir avanços em direção às mudanças pretendidas (GIL; MAEDA, 2013).

FERTONANI e colaboradores (2015) defendem que diversos são os desafios para se implementar um modelo assistencial que atenda o prescrito no arcabouço legal da Constituição Brasileira.

Portanto, considerando historicamente o sistema de serviços de saúde do Brasil, pode-se dizer que dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. Por um lado, o modelo médico

hegemônico ou modelo médico-assistencial privatista, com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; por outro lado, o modelo assistencial sanitaria, voltado para campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; e paralelamente, os esforços na construção de modelos alternativos (MENDES, 1993; PAIM, 1994).

Ambos os modelos que predominam no país não têm contemplado em seus fundamentos o princípio da integralidade, pois ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico hegemônico), ou estão voltados para atender as necessidades que nem sempre expressam em demanda (modelo sanitaria) (PAIM, 1994).

Desse modo, a construção de "modelos alternativos" ao modelo assistencial hegemônico, tem buscado incorporar métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, apontando possibilidades concretas de construção de um "modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida", tal como proposto na 10ª Conferência Nacional de Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Ao longo do tempo, após o processo da Reforma Sanitária Brasileira, diferentes modelos de atenção à saúde foram desenvolvidos visando ao fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (GIL; MAEDA, 2013).

A proposta do **modelo Ações Programáticas em Saúde** foi desenvolvida no final da década de 1980, sobre o pressuposto da programação como forma de organização da oferta de serviços na ótica da APS, enquanto uma tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho, agregando princípios de integração sanitária e da hierarquização do cuidado. As práticas em saúde eram centradas no procedimento médico e no atendimento individual, e o trabalho sanitário centrado nas ações da saúde coletiva, incluindo ações de promoção e prevenção nos programas de saúde, com enfoque na epidemiologia para a priorização dos problemas de saúde (GIL; MAEDA, 2013).

A proposta **Vigilância em Saúde** surgiu no início dos anos 90, pautada em diretrizes operacionais como a ênfase na descentralização e regionalização dos serviços, criação de Distritos Sanitários, Territorialização em Saúde; planejamento estratégico com análise situacional; organização dos serviços orientada por problemas; criação da autoridade sanitária local (gerente local); hierarquização; intersectorialidade; integralidade; adequação entre demanda espontânea e oferta organizada. Traz a APS como eixo de reordenamento do setor saúde (GIL; MAEDA, 2013).

A proposta **Em Defesa da Vida** foi elaborada em meados da década de 1990. Foi desenvolvida a partir de estudos sobre a prática de gestão e tem como objeto de análise o processo de trabalho em saúde, tendo como finalidade a criação de metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo. Aposta na criação de processos que provoquem profundas transformações no âmbito das instituições e que resultem em novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela subjetividade e autonomia dos sujeitos. Prioriza, na prática, os processos de acolhimento, vínculo, contrato e autonomia dos sujeitos na organização do cuidado progressivo à saúde (GIL; MAEDA, 2013).

A proposta **Saúde da Família** surgiu mais recentemente, em meados dos anos 90, como uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, financiada pelo Ministério da Saúde. Embora esteja mais estruturada nos referenciais da Vigilância em Saúde, referencial este que sustenta a Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde, também incorpora aspectos das concepções apresentadas pelas propostas Em Defesa da Vida e das Ações Programáticas. Apesar dos vários desafios para viabilizar-se como estratégia estruturante da APS, é uma estratégia com grande potencial para a produção de mudanças das práticas profissionais e institucionais (JUNIOR; ALVES, 2007).

A acelerada expansão da Saúde da Família tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo contribuindo para a inauguração de um novo cenário nacional de organização dos serviços. Contudo, ainda são grandes os desafios para a superação do modelo de saúde ainda hegemônico no país. Neste contexto, surge o modelo das redes de atenção como proposta de articulação entre os diferentes modelos com vistas ao redesenho organizacional dos serviços no SUS (GIL; MAEDA, 2013).

Assim, o modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde é o modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (JUNIOR; ALVES, 2007).

Diante desse conceito, o significado das duas terminologias traz uma reflexão importante sobre o direito à cidadania, que, apesar de assegurada pela Constituição de 1988, requer amplas mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais no país para sua efetivação (GIL; MAEDA, 2013).

A palavra “assistência” tem por significado: proteção, auxílio; benefício concedido àqueles que não podem demandar ou defender-se por falta de meios econômicos; serviços

gratuitos de naturezas diversas que o Estado presta aos membros da comunidade. Encontra-se como definição do termo “atenção”: aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa; ato ou palavras que demonstram consideração; recomendação. Diante desses conceitos e da reflexão das bases de criação do SUS, aos poucos o termo modelo assistencial vem sendo substituído por modelo de atenção à saúde por se entender que a denominação “assistencial” traz, de forma conotativa, a representação de cidadania como benevolência ou favor e não como direito de cidadania e responsabilidade do Estado em garantir o acesso aos serviços públicos por meio de políticas sociais consistentes, duradouras e de boa qualidade (GIL; MAEDA, 2013).

Os modelos de atenção à saúde podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Portanto, segundo Gil e Maeda (2013), “refletir sobre modelos de atenção é refletir sobre as políticas públicas”.

Para as autoras, as políticas públicas, se formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados, sistema de informação e pesquisas; e esta formulação das políticas públicas constitui-se no movimento de transformação dos propósitos em ações que produzirão mudanças no mundo real.

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde (JUNIOR; ALVES, 2007).

Considerando que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde, deve haver, então, uma interrelação eficiente entre essas necessidades de saúde dos indivíduos e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2015a):

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS (p. 23).

A desarticulação entre os diferentes serviços, níveis de complexidade e recursos de apoio social tem sido fator de evidência da fragmentação do cuidado e da baixa resposta aos

problemas de saúde da população e do alto custo do sistema. Sendo assim, o funcionamento das Redes de Atenção pressupõe uma articulação entre todos os pontos de atenção à saúde onde a Atenção Primária à Saúde ocupa papel importante na coordenação e continuidade do cuidado mediante critérios de regionalização definidos a partir dos territórios de saúde (GIL; MAEDA, 2013).

Em 2010, implantou-se no País as Redes de Atenção à Saúde (RAS) acreditando-se que a solução para a crise da saúde estaria em inovar o processo de organização do sistema e saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010a).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, que realmente atenda às necessidades da população adscrita, considerando a atual situação epidemiológica do País, com predominância de condições crônicas (BRASIL, 2010a).

A implantação da RAS é reafirmada como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde e sua implementação representa a consolidação do SUS como política pública que assegure a garantia de direitos constitucionais de cidadania (MENDES, 2015b).

No entanto, para que a RAS alcance seus objetivos é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja organizada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, sendo responsável pelo fluxo do usuário na rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2015a).

A APS, como o nível primário do sistema de atenção à saúde, assume o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde. Ela deve reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. (MENDES, 2015a).

Este modelo integrado faz cair por terra o modelo fragmentado e desarticulado de atenção à saúde focada na doença e sem resolutividade, e vem para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, ainda persistente mesmo após representativos avanços alcançados pelo SUS (BRASIL, 2010a).

A RAS constitui-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2015b).

A população adscrita é o primeiro elemento, considerado essencial, pois sem ele não há como se estabelecer uma RAS, pois a principal característica dessa organização é a atenção baseada nas necessidades de saúde da população. Para facilitar o conhecimento profundo da população, esta deve ser segmentada em regiões de saúde e estratificada em subpopulações conforme os riscos às condições de saúde (MENDES, 2015b).

O segundo elemento constitutivo da RAS é a estrutura operacional composta: da APS (centro de comunicação); dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários; dos sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele-assistência e sistemas de informação em saúde); dos sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e do sistema de governança da RAS (MENDES, 2015b).

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Segundo Mendes (2015a):

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (p. 25).

Portanto, o modelo de atenção à saúde é fundamental para a estruturação da rede. Ele define a forma como a atenção é realizada na rede e como se dá a articulação entre os diversos pontos de atendimento (BRASIL, 2013).

3.2 MODELOS DE ATENÇÃO E SAÚDE BUCAL

Os primeiros cargos odontológicos públicos foram criados em São Paulo pela Lei n. 1.280, de 19/12/1911, em uma quantidade pouco significativa, para depois serem expandidos, lentamente, para o restante do país. Após isso, sucessivos arranjos institucionais marcaram a organização da assistência odontológica pública em todo o Brasil (NARVAI, 2006).

Embora esses profissionais públicos buscassem desenvolver ações educativas, sua prática clínica reproduzia, essencialmente, o que faziam os dentistas nos consultórios particulares. A abordagem era individual e não se lograva realizar um diagnóstico de situação em termos populacionais e, menos ainda, se utilizava qualquer tecnologia de programação resultante de processos de planejamento que considerasse a saúde bucal da população como um todo (NARVAI, 2006).

A assistência odontológica até os anos 50 foi, então, basicamente o da prática privada, prestada principalmente nos centros urbanos, pagos por desembolso direto. A prática odontológica seguia os padrões assistenciais da medicina e reproduzia integralmente o modelo educacional da Escola Norte Americana, adotado nas universidades brasileiras, podendo ser caracterizada como cientificista ou flexneriana, pois privilegiava o individualismo, tendo o indivíduo como objeto de prática e responsável por sua saúde (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

A Odontologia flexneriana estruturou a tecnificação do ato odontológico como forma de mediação entre o homem e as doenças. Criou uma prática odontológica orientada para a cura ou alívio das doenças ou para a restauração de lesões caracterizada pela natureza individual de seu objeto, pela concepção mecanicista do homem, pela corporização do conhecimento em tecnologia de alta densidade, pela dominância da especialização, pela seletividade de sua clientela e pela exclusão de novas formas alternativas de prática odontológica (MENDES, 1986).

A Odontologia somente iniciou um processo de busca de novas soluções para as condições bucais da população na década de 50. O cenário, então, mudou radicalmente quando em 1952, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) implementou o primeiro programa de saúde pública no Brasil, conhecido como **Sistema Incremental**, cujo alvo principal era a população em idade escolar, considerada epidemiologicamente como mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível às intervenções de saúde pública (NARVAI, 2006).

O Sistema Incremental foi um marco para o desenvolvimento da saúde bucal pública no país, tendo em vista a quebra do modelo de livre demanda nos consultórios. Apesar do grande progresso que representou para a assistência odontológica da época, se mostrou já no início dos anos 70, como um modelo ultrapassado, pois seguia o modelo curativo-reparador, o que gerou um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. Tratava-se de um modelo excludente, pois priorizava os escolares de 7 a 14 anos, supondo-se ser uma parcela da população de fácil acesso. Pensava-se que, realizando o atendimento daquelas crianças em idade escolar, quando estas chegassem à idade adulta, já não mais apresentariam problemas de saúde bucal. Tornou-se sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal (na realidade, um modelo de assistência a escolares) e se manteve como hegemônico por mais de 40 anos (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011). O Sistema Incremental gerou várias críticas por ser um programa altamente excludente e curativista, focado no número de tratamentos completados e não no controle e declínio da doença cárie.

A partir da década de 70, os questionamentos ao paradigma flexneriano já corriam o mundo, constatando sua ineficácia, ineficiência, desigualdade de acesso e iatrogenicidade. Surgem as primeiras propostas de uma **Odontologia Simplificada**, buscando uma maior produtividade, viabilizando a extensão de cobertura e acesso. Todavia, sem questionar o modelo de prática hegemônica tornou-se extremamente limitado, uma vez que seus esforços se fizeram no sentido de simplificar recursos humanos, material de consumo, instrumentais, espaços físicos, com foco no objetivo de uma alta produtividade com aumento dos atos curativos em menor tempo e a um custo menor possível. Apesar de discursar sobre a importância da prevenção, a Odontologia Simplificada continuava a priorizar o curativo (MENDES, 1986).

Segundo Mendes (1986), surge então um amadurecimento conceitual em virtude do dilema do conflitioso entre quantidade *versus* qualidade e da prevenção *versus* curativo, culminando no delineamento da proposta da **Odontologia Integral**, que traz uma nova forma de pensar e fazer Odontologia, ancorada em três pilares: a simplificação dos elementos, a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber odontológico. O autor afirma:

Não se trata, simplesmente, de adaptar uma Odontologia para os pobres, com base na simplificação dos elementos do flexnerianismo. Ao contrário, torna-se imperativo gerar e difundir uma Odontologia capaz de substituir a prática hegemônica atual, superando-a, radicalmente, e fazendo nascer um novo paradigma profissional (p.543).

O autor citado já previa aquela época uma grande transformação na Odontologia, visto que a Odontologia Integral exigia um novo projeto pedagógico voltado para a formação dos futuros profissionais, um projeto completamente distinto daquele tradicional e hegemônico. Ainda em 1986, Mendes relata em seu estudo que “um novo modelo de educação odontológica – o modelo inovado – há de emergir a partir da estrutura da prática da Odontologia Integral, e do exercício da função crítica a nível das universidades” (p. 547):

Nesse contexto, no final dos anos 80 e início da década de 90, surgiu em Minas Gerais, o **Programa de Inversão da Atenção (PIA)** (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Esse programa tinha como enfoque o controle da cárie e não a sua cura. Buscava uma Odontologia Integral, proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e gerando uma assistência mais universal. Os consultórios deixaram de ser nas escolas e foram inseridos nas unidades de saúde e os atendimentos passaram a ser baseados nos princípios do SUS (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

O modelo foi organizado em 3 fases: estabilização, reabilitação e declínio. A primeira tinha o objetivo de reduzir a incidência e velocidade de progressão das doenças bucais por meio

de ações preventivas coletivas e individuais para o controle da doença e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle das lesões. A segunda fase, intitulada reabilitação, visava o restabelecimento da estética e função perdidas em consequência da doença. Por último, na terceira fase, buscava-se o declínio da doença com abordagens dos fatores condicionantes/determinantes e de métodos de autocuidado (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Apesar dos avanços desse modelo, permaneceu a prioridade do atendimento aos escolares no desenvolvimento das ações programáticas em saúde. Essas ações foram executadas sem considerar as reais necessidades epidemiológicas da população, não impactando de forma significativa na redução do índice CPOD - Índice de Dentes Perdidos e Obturados. Mesmo com todas as limitações, este modelo ainda se sobrepõe ao anterior, com uma abordagem preventivo-promocional contra a doença bucal, superando as técnicas exclusivamente curativas e mutiladoras (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

A prática contínua de se priorizar os escolares de 7 a 14 anos e a exclusão das crianças mais jovens foi fundamentada na concepção de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não tinha nenhuma relação com a dentição permanente (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003).

Com o desenvolvimento da Cariologia e a definição da cárie como doença infectocontagiosa, surgiu um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, com um enfoque voltado para a prevenção e promoção de saúde (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Em 1985, na Universidade Estadual de Londrina no Paraná (UEL), surgiu a primeira clínica para bebês, trazendo um enfoque inovador e comprovando a eficácia do programa. A Bebê-Clínica da UEL permitiu a formação de recursos humanos e a formulação de estratégias de atenção odontológica ao bebê propagadas em nível nacional e internacional. O objetivo era manter a saúde da criança com ênfase na atenção ao risco de cárie dentária, fundamentada na educação através da prevenção em uma parceria entre pais e profissionais (FIGUEIREDO E FERELLE, 2013).

Segundo BÖNECKER (2000), a **atenção odontológica precoce** foi introduzida com o objetivo de manter a saúde bucal, dentro de uma abordagem de tratamento educativo e preventivo, considerando que o acometimento precoce das lesões de cárie ocorre na primeira infância e o aumento de sua prevalência e severidade estabelece-se de acordo com a idade.

O modelo de atenção precoce em Odontologia propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir também as gestantes, com uma abordagem educativa

com o núcleo familiar. Apresentou resultados interessantes na redução de cárie dental tanto na idade assistida, quanto nas idades subsequentes. Provavelmente o sucesso na redução do índice de cárie ocorreu pela ênfase dada à prevenção e educação em saúde bucal, diferentemente do que ocorria anteriormente com os modelos Sistema Incremental e Programa Inversão da Atenção. Todavia, a eficácia do modelo se mostrou comprometida pela sua individualidade de ação e trouxe deficiências semelhantes às encontradas nos modelos anteriores, como o não-cumprimento da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal. (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Diante da necessidade de se desenvolver um modelo assistencial em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, na intenção de reorganizar a prática assistencial de forma a substituir o modelo tradicional de assistência, o Ministério da Saúde criou o **Programa Saúde da Família** (PSF) em 1994.

O programa teve como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação; baseou-se em um novo conceito sobre o processo saúde-doença, com foco na família e com ações organizadas em um território definido. Tornou-se a estratégia de escolha para o modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, haja vista que o modelo tradicional de assistência gerou um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde pública (SOUZA; RONCALLI, 2007; SOUZA *et al.*, 2001).

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a incorporação das equipes de odontologia ao PSF gerou a possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Apesar do surgimento em 1994 do PSF, a regulamentação da inserção das equipes de saúde bucal (ESB) ocorreu somente em 2001, com a publicação da portaria GM/MS nº 267. Assim, o atendimento odontológico realizado pelas ESBs deveria ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção, sendo de extrema importância a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para, posteriormente, agir segundo critérios de risco, realizando também o acompanhamento dos serviços de referência e contra-referência para os demais níveis de atenção (NICKEL; LIMA; SILVA., 2008).

O modelo de assistência odontológica adotado no Brasil, até a promulgação da Constituição de 1988, foi basicamente o da prática privada. A realização da primeira e segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986 e 1993, respectivamente, associada à nova visão do SUS trazida pela Constituição como um sistema integral e universal, onde a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, culminou em uma mudança radical para o contexto da saúde bucal coletiva no Brasil (PUCCA, ARAUJO, ALMEIDA, 2015).

A atenção odontológica no serviço público brasileiro durante anos caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como escolares, focados principalmente nas doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços emergenciais meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento e numa assistência de baixa resolutividade (BRASIL, 2018).

Em 2004 foram publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, trazendo um modelo ancorado nas “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que implicavam em ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). No âmbito da assistência essas diretrizes apontaram, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, almejando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

Após a publicação das diretrizes, no mesmo ano, ocorreu o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, considerada a maior política pública de saúde bucal do mundo, totalmente orientada pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, territorialização, controle social e descentralização. Definitivamente transformou o contexto da saúde bucal pública no país. Além da expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articulava os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2018).

Diante da inviabilidade de implantar o atendimento público odontológico com amplitude imediata e universal para promoção efetiva de saúde, foram mantidos como prioridade os atendimentos de urgência e 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. O serviço público odontológico

também atribuiu prioridade para a promoção da saúde por meio da expansão da APS (BRASIL, 2018).

A Política Nacional de Saúde Bucal trouxe a criação do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, potencializando os serviços ambulatoriais de atenção especializada. Porém, os avanços nos serviços de atenção especializada hospitalar na área odontológica no SUS foram incipientes. Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, definiram-se como pontos de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os CEOs e os hospitais que realizavam atendimentos odontológicos mediante anestesia geral e tratamento do câncer de boca (BRASIL, 2018).

No Brasil, a odontologia foi incorporada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em 2005, primeiramente em Barretos, São Paulo. Apoiada por estudos que comprovaram a diminuição da permanência dos pacientes nos leitos das UTIs e a redução dos custos hospitalares (MORAIS; SILVA, 2015).

No ano de 2011, ocorreu a normatização da Odontologia Hospitalar, com reuniões em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, com intuito de regular o ensino e a prática da Odontologia dentro dos hospitais. Em 2013, fica garantida a assistência odontológica nos leitos de UTIs, conforme atualização da RDC nº 7 de 2010, liberada pela ANVISA (VARELLIS, 2018; BRASIL, 2010c).

Na tentativa de organização dos serviços na Atenção à Saúde Bucal, em 2008 foi publicado o Caderno de Saúde Bucal (nº 17), que “surgiu da necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde na Atenção Básica como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS” (BRASIL, 2008a) (p.8).

Este documento busca apresentar noções de planejamento local e da importância do conhecimento do território; enfatizar a importância da epidemiologia e do sistema de informação, como instrumentos fundamentais para o conhecimento e o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população; apresentar um processo de trabalho integrado, em equipe, na expectativa de consolidar a estratégia das Linhas do Cuidado (BRASIL, 2008a).

Também em 2008 foi publicado o Manual de Especialidades em Saúde Bucal seguindo a mesma lógica do caderno 17, porém com foco na Atenção Especializada. Todavia, ambos são documentos superficiais, tratando-se apenas de uma referência técnica e científica capaz de levar somente as informações básicas, permitindo uma adequação à realidade local para o melhor enfrentamento possível dos problemas e das demandas existentes.

Diante da evolução e dos avanços da Política Nacional de Saúde Bucal, fez-se necessária a criação do livro “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)” com a união do Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal seguido de suas atualizações. Deve-se destacar que tal documento apenas foi divulgado em 2018, quatorze anos após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Anteriormente, os documentos oficiais norteadores das ESBs eram apenas os cadernos de Atenção Básica número 17 de Saúde Bucal (BRASIL, 2008a) e o Manual de Especialidade em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b).

Este material didático, “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)”, elaborado pelo MS em 2018, trouxe a importância da utilização pela equipe de saúde bucal dos conceitos de planejamento para organizar o cuidado do seu território. Cada município possui o Programa de Saúde Bucal, conjunto de projetos e atividades voltado para a concretização das ações previstas no Plano de Saúde Municipal e que norteia o cuidado em saúde bucal da população, orientando as escolhas estratégicas e prioritárias para atingir um determinado nível de saúde da população, definido em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do modelo de atenção utilizado no município e dos marcos da Política de Saúde Municipal. (BRASIL, 2018).

O documento visa colaborar com a nova forma de organização de serviços de saúde no SUS, que é a Rede de Atenção à Saúde (RAS), esperando contribuir com a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Busca orientar o processo de organização do trabalho das equipes de Saúde Bucal trazendo orientações para o planejamento e organização do processo de trabalho; acesso; acolhimento; organização da agenda; grupo de acesso à saúde bucal; classificação de necessidades de saúde bucal; entre outros assuntos. Traz a ortodontia preventiva e interceptativa como uma das novidades. Em sequência, são sugeridos protocolos de referência e contrarreferência da AB e do CEO, seguidos de temas voltados para a organização do processo de trabalho no CEO, planejamento, organização da agenda com parâmetros de programação de atendimentos clínicos e número de vagas/mês. A publicação engloba um rol de especialidades mais amplo do que a relação de especialidades mínimas obrigatórias para os CEOs (BRASIL, 2018).

Aborda a especialidade Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), que até o momento não havia sido discutida em material do Ministério da Saúde. Em relação à odontologia em ambiente hospitalar, o espaço e a organização já adquiridos (como tratamento odontológico hospitalar em PNE) devem ser tomados como base de construção e ampliação dos

processos. Dessa forma, o material busca contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, assim como para o aperfeiçoamento da dinâmica da rede de serviços do SUS (BRASIL, 2018).

O serviço público odontológico deixou de se limitar, exclusivamente, ao atendimento clínico, mas incluiu a atuação na comunidade, realização de levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, além da promoção de saúde bucal. Este material explicitou detalhadamente como a ESB deveria realizar todo o planejamento em saúde bucal para seu território (BRASIL, 2018).

Atualmente, a assistência odontológica pública no Brasil ainda é limitada, em grande parte, aos serviços básicos, ocasionando em grande demanda reprimida. Há também uma baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo a integralidade da atenção (BRASIL, 2018).

O próprio documento “A Saúde Bucal no SUS” cita:

Este parece ser um dos grandes desafios da Odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas. Impactos epidemiológicos são produtos de ações intersetoriais, em que a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um todo que agrega ações setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outras (BRASIL, 2018) (p. 22).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa.

Hochman *et al.* (2005) conceituam o estudo retrospectivo como aquele realizado a partir de registros do passado até o momento presente e para sua realização relatam ser fundamental que haja credibilidade nos dados de registros utilizados. Também chamado de estudo histórico, prospectivo não concorrente, não concorrente, ou invertido.

O estudo descritivo tem por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade de forma exata. Por isso, exigem do pesquisador um exame crítico das informações, observado as variáveis e contexto que circundam os acontecimentos, para que a coleta de dados não seja imprecisa e os resultados não sejam equivocados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Desta forma, para alcançar os objetivos da pesquisa foi realizada uma análise quanti-qualitativa que utilizou bancos públicos de dados e documentos oficiais para investigação dos modelos de atenção à saúde bucal desenvolvidos no DF e a sua relação com a oferta de serviços odontológicos no período de 10 anos.

Segundo Fonseca (2002), a abordagem quantitativa da pesquisa se centra na objetividade e considera que por meio dos dados brutos a realidade pode ser compreendida. No entanto, a utilização conjunta das abordagens quanti e qualitativa permite mais respostas do que se conseguiria com a utilização dos métodos isolados.

Para Godoy (1995) a abordagem qualitativa pode colaborar para que haja melhor compreensão de um fenômeno por meio do contexto em que o mesmo está inserido. Para Minayo (2001) a pesquisa qualitativa trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ocasionando em relações mais profundas dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O período selecionado para o estudo abrangeu de 2009 a 2019, momento em que o DF percorreu mudanças significativas no setor de saúde bucal, inclusive, com execução de políticas públicas voltadas para o fortalecimento deste setor na Atenção Primária (DISTRITO FEDERAL, 2016).

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Para alcançar os objetivos deste estudo foram realizadas duas etapas, uma quantitativa e uma qualitativa.

Para a etapa quantitativa, o estudo utilizou como dados os procedimentos odontológicos gerados e lançados pelas unidades de saúde localizadas nas regiões de saúde do DF (Sudoeste, Oeste, Leste, Sul, Norte, Centro-sul e Central) que foram compilados pela SES-DF e lançados em seus sistemas de informação.

Em seguida, tais dados foram selecionados, tabulados, validados e processados para verificação das frequências e percentuais dos procedimentos escolhidos para analisar o comportamento da oferta de serviços odontológicos no Distrito Federal, possibilitando o cumprimento do terceiro objetivo deste estudo.

Na etapa qualitativa foi realizada uma pesquisa documental. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporânea ou retrospectiva, considerada cientificamente autêntica.

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como relatórios e documentos oficiais, relatórios de empresas, etc. (FONSECA, 2002).

Para Gerhardt e Silveira (2009), abrange: arquivos públicos; arquivos privados; dados de registro (um acontecimento, em observância a normas legais e administrativas); dados de recenseamento: demográficos, educacionais, de criminalidade, eleitorais, de alistamento, de saúde, de atividades industriais, de contribuições e benefícios, de registro de veículos.

O cumprimento desta etapa de pesquisa documental viabilizou a execução do primeiro e segundo objetivos deste estudo, que consistem em descrever o processo de implementação do modelo de atenção em saúde bucal no DF no período de 2009 a 2019, bem como a construção de uma linha do tempo e a caracterização da rede de serviços, neste mesmo período, por meio de mapas, tabelas e quadros.

4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.3.1 Levantamento Bibliográfico

A pesquisa bibliográfica foi iniciada em novembro de 2020 e transcorreu até julho de 2022. Livros, artigos e teses registrados em bases de dados científicos nortearam o estudo.

A pesquisa pela literatura científica e técnica se deu a partir da área “Ciências da Saúde em Geral” da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cuja captação reuniu as seguintes bases: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO.

Os descritores selecionados para a busca foram: Modelos de assistência à saúde (Healthcare models/Modelos de Atención de Salud), Atenção Primária à Saúde (Atención Primaria de Salud/Primary Health Care), Estratégia Saúde da Família (Estrategia de Salud Familiar/Family Health Strategy) e Saúde Bucal (Salud Bucal/Oral Health).

4.3.2 Levantamento dos dados para caracterização da rede de unidades de saúde do DF

A caracterização da rede de saúde do DF foi realizada após estudo minucioso do *corpus* de análise descrito no quadro 2 e complementada com a análise dos dados extraídos da sala de situação do site www.info.saude.gov.br.

A fonte citada possibilitou o levantamento do quantitativo de unidades de saúde, assim como sua distribuição por todo o território do DF. Também foi possível identificar as unidades que apresentam o atendimento odontológico em sua carteira de serviços, assim como o quantitativo de recursos humanos e horas de trabalho das equipes de saúde bucal.

4.3.3 Levantamento dos procedimentos odontológicos das unidades de saúde do DF

Para este estudo foram selecionados os procedimentos odontológicos conforme sua finalidade e relevância dentro da rede de atenção à saúde bucal. O levantamento desses dados possibilitou a análise da oferta de serviços odontológicos no Distrito Federal durante o período de 2009 a 2019.

As fontes utilizadas para o levantamento dos dados foram o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS), por meio da ferramenta TABNET (Tabulador Genérico de Domínio Público), e o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica).

Para a pesquisa no SISAB, os filtros utilizados foram os anos de processamento e os procedimentos por seus respectivos nomes: exodontia de dente permanente, exodontia de dente decíduo, restauração de dente decíduo, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior, atendimento por demanda espontânea de urgência na atenção básica, atendimento de urgência na atenção especializada e ação coletiva de escovação supervisionada.

Não houve possibilidade de filtrar os procedimentos pelo código SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) no SISAB. As opções para escolha dos filtros são limitadas pelo próprio sistema e se dão exclusivamente por seus nomes. Sendo assim, infere-se que nas restaurações de dentes decíduos e restaurações de dentes permanentes anteriores e posteriores estejam incluídos todos os códigos referentes aos

diversos tipos de materiais restauradores utilizados (resina composta, amálgama e ionômero de vidro).

Para a busca no sistema SIASUS, a metodologia para seleção dos procedimentos é diferente e se deu pelo ano de processamento e de cada procedimento por meio de seu código SIGTAP. A descrição de cada item pesquisado, assim como os códigos SIGTAP utilizados na busca, estão relacionados a seguir no quadro 1.

Quadro 1: Procedimentos odontológicos selecionados para o estudo

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	FINALIDADE
Primeira consulta odontológica programática 0301010153	Quantificar a oferta desse serviço para análise do acesso à saúde bucal
Ação coletiva de escovação dental supervisionada 0101020031	Quantificar a oferta deste serviço para análise do acesso à promoção e prevenção à saúde bucal
Atendimento de urgência em Atenção Básica 0301060037	Quantificar a oferta desse serviço para análise do acesso a atendimentos às condições agudas na Atenção Básica
Atendimento de urgência em Atenção Especializada 0301060061	Quantificar a oferta desse serviço para análise do acesso a atendimentos às condições agudas na Atenção Especializada
Nº de exodontias de dentes permanentes 0414020138	Quantificar a oferta deste serviço para análise do tratamento mutilador na dentição permanente
Nº de exodontias de dentes decíduos 0414020120	Quantificar a oferta deste serviço para a análise do tratamento mutilador na dentição decídua
Nº de restaurações em dentes permanentes (0307010031 restauração de dente permanente anterior com resina composta; 0307010040 restauração de dente permanente posterior; 0307010120 restauração de dente permanente posterior com resina composta; 0307010139 restauração de dente permanente posterior com amálgama)	Quantificar a oferta deste serviço para análise do tratamento conservador na dentição permanente
Nº de restaurações em dentes decíduos (0307010023 restauração de dente decíduo;	Quantificar a oferta deste serviço para análise do tratamento mutilador na dentição decídua

0307010074 ART tratamento restaurador atraumático; 0307010082 restauração de dente decíduo posterior com resina composta; 0307010090 restauração de dente decíduo posterior com amálgama; 0307010104 restauração de dente decíduo posterior com ionômero de vidro; 0307010112 restauração de dente decíduo anterior com resina composta)	
--	--

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A escolha destes procedimentos pode ser justificada pelo estudo de França *et al.* (2020) que relata que, desde 2004, as políticas públicas têm objetivado melhorar o acesso e a qualificação do SUS. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem ampliado a orientação para os gestores no processo de planejamento, execução, avaliação e monitoramento de suas ações por meio de diferentes programas e projetos, acompanhados de indicadores de saúde adequados a eles.

De acordo com o estudo anteriormente citado, identificou-se que o acesso à consulta odontológica foi o indicador mais utilizado para demonstrar a facilidade ou dificuldade na obtenção dos cuidados de saúde bucal. (FRANÇA *et al.*, 2020). A mesma lógica será aplicada para o indicador atendimento em urgência odontológica, isto é, para a demonstração do acesso na obtenção dos cuidados odontológicos urgentes.

Na categoria de resolutividade, citaram que o número de exodontias realizadas permite avaliar o quanto as práticas odontológicas são mutiladoras, justificando a escolha do procedimento (FRANÇA *et al.*, 2020).

O procedimento de ação coletiva de escovação supervisionada foi escolhido uma vez que está classificado pelo SIGTAP no grupo de promoção e prevenção à saúde bucal, objetivando-se analisar o acesso a este serviço nas unidades de saúde do DF.

As restaurações odontológicas são classificadas pelo SIGTAP como procedimentos clínicos. Apesar de serem subdivididas em restaurações em dentes decíduos e restaurações em dentes permanentes, e ainda, conforme material utilizado (amálgama, resina composta ou ionômero de vidro), neste estudo as restaurações serão tratadas de forma única sem considerar o material restaurador utilizado. A intenção será analisar o acesso ao tratamento conservador não mutilador, portanto, o material selecionado pelo profissional não interfere no resultado. Utilizaremos a subdivisão apenas para dentes decíduos e permanentes.

A escolha destes procedimentos se deu pela importância representativa dos mesmos dentro dos inúmeros procedimentos odontológicos ofertados pela cartela de serviços da SESDF. Pretendeu-se demonstrar por meio da quantificação numérica destes procedimentos escolhidos como se comportou o eterno conflito Odontologia Preventiva *versus* Odontologia Curativa durante todo o processo de implementação das políticas públicas voltadas para a reorganização do modelo de saúde bucal do DF no lapso temporal 2009-2019.

4.3.3 Análise documental

A pesquisa documental recorre a fontes sem tratamento analítico como documentos oficiais, tabelas estatísticas, relatórios, revistas, etc. (FONSECA, 2002). A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Documentos públicos oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde e Governo do Distrito Federal (GDF) foram as fontes de informações neste estudo e forneceram subsídios para a consecução dos objetivos desta dissertação. Para a constituição do *corpus* de análise da pesquisa foram utilizados os documentos:

Quadro 2: *Corpus* de análise

Ano de Publicação	Documento	Fonte
2004	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal	www.bvsms.saude.gov.br
2006	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2006	www.df.gov.br
2009	Plano Distrital de Promoção da Saúde	www.saude.df.gov.br
2008	Plano Distrital de Saúde 2008 – 2011	www.saude.df.gov.br
2012	Plano Distrital de Saúde 2012 – 2015	www.saude.df.gov.br
2016	Plano Distrital de Saúde 2016 – 2019 parte I e parte II	www.saude.df.gov.br
2010	Relatório anual de gestão 2009	www.saude.df.gov.br
2011	Relatório anual de gestão 2010	www.saude.df.gov.br
2012	Relatório anual de gestão 2011	www.saude.df.gov.br

2013	Relatório anual de gestão 2012	www.saúde.df.gov.br
2014	Relatório anual de gestão 2013	www.saúde.df.gov.br
2015	Relatório anual de gestão 2014	www.saúde.df.gov.br
2016	Relatório anual de gestão 2015	www.saúde.df.gov.br
2017	Relatório anual de gestão 2016	www.saúde.df.gov.br
2018	Relatório anual de gestão 2017	www.saúde.df.gov.br
2019	Relatório anual de gestão 2018	www.saúde.df.gov.br
2020	Relatório anual de gestão 2019	www.saúde.df.gov.br
2015	A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde	www.conass.org.br
2016	Brasília Saudável	www.saúde.df.gov.br
2017	Portaria SESDF nº 77/2017	www.sinj.df.gov.br
2017	Portaria SESDF nº 78/2017	www.sinj.df.gov.br
2017	PNAB 2017	www.df.gov.br
2018	Portaria SESDF nº 341/2018	www.sinj.df.gov.br
2018	A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde	www.bvsmis.saude.gov.br
2019	Linha guia de saúde bucal	www.saúde.df.gov.br
2019	A reforma da saúde no Distrito Federal	www.conass.gov.br
2020	PNAB 2020	www.df.gov.br

Fonte: elaborado pela autora (2022).

4.3.4 Processamento e Análise dos Dados

O processo de análise dos dados do estudo ocorreu conforme as seguintes etapas:

1 – Etapa qualitativa: nesta etapa foram apreciados os documentos públicos oficiais que compõem o *corpus* de análise, cuja análise permitiu a resposta dos objetivos específicos 1 e 2.

2 – Etapa quantitativa: os dados foram captados do SIASUS por meio da ferramenta TABNET e do SISAB. Após a coleta foram tabulados e analisados por meio do programa

Microsoft Excel para gerar informações sobre a oferta de serviços que permitiu o cumprimento do objetivo específico 3.

A partir dos resultados foram produzidos quadros, tabelas e gráficos, gerando assim meios de comparação e identificação dos aspectos relevantes e singulares deste estudo.

Desta forma, a operacionalização da análise englobou as etapas de descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo material coletado, promovendo a articulação do referencial teórico com os achados analíticos obtidos ao longo do estudo.

4.3.5 Considerações Éticas

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados as recomendações e os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética da Fiocruz Brasília, uma vez que abordou apenas dados secundários de acesso público, sem inferir em quaisquer infrações éticas.

Vale ressaltar que os riscos verificados ao estudo foram mínimos, pois, foram utilizados documentos públicos e dados secundários de cunho institucional, portanto, não ocorreu envolvimento de participantes no estudo. Além disso, a pesquisadora teve total compromisso na guarda dos dados captados neste estudo.

Os benefícios referem-se à geração de conhecimento direcionado para área da saúde e, especificamente, para área da saúde bucal coletiva do Distrito Federal.

4.3.6 Confecção de Relatório Técnico Conclusivo

Os resultados obtidos pelo presente estudo serão compilados e descritos em um relatório técnico a ser confeccionado pela autora, como produto final, para posterior compartilhamento com gestores da área de saúde bucal do DF e também gestores do nível central da APS do DF.

Almeja-se que o relatório possa ser utilizado como fonte norteadora nos processos de tomadas de decisões relacionadas à saúde bucal no DF, apontando os possíveis avanços e/ou retrocessos encontrados, objetivando-se, principalmente, o fortalecimento da Odontologia dentro da Rede de Atenção à Saúde do DF.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DF

A descrição do processo de implementação da Atenção à Saúde Bucal no DF está intimamente ligada ao processo de construção do modelo de Atenção à Saúde do DF e corresponde a resposta do primeiro objetivo deste estudo. Para tal, foi necessária uma investigação de documentos oficiais já descritos no *corpus* que compõe a metodologia do estudo, associada aos resultados encontrados em artigos e estudos relacionados. Didaticamente, as informações obtidas foram sistematizadas em duas fases: período anterior ao ano de 2009, e período posterior a 2009. Ao final, foi construída uma linha do tempo com os principais acontecimentos que marcaram o processo de reorganização da Atenção à Saúde do DF, incluindo a saúde bucal especificamente.

5.1.1 Atenção à saúde no DF - período anterior a 2009

Plano Bandeira de Melo (1960 – 1979)

Na década de 60, Brasília foi inaugurada com uma estrutura arquitetônica moderna e grandes projetos para que fosse realmente uma capital de destaque. Na área de saúde, buscava-se uma organização sistêmica e integral objetivando oferecer serviços de saúde modernos dentro de um modelo assistencial voltado aos diversos aspectos relacionados com a manutenção da saúde e sua pronta recuperação quando necessário (DISTRITO FEDERAL, 2005b).

As diretrizes do Sistema de Saúde daquela época foram consolidadas no Plano Bandeira de Melo, de 1960. A instância de gestão desse sistema recebeu o nome de Fundação Hospitalar do DF (FHDF), subordinada à Secretaria do Estado de Saúde do DF (SESDF) e integrada por uma rede de serviços básicos e estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade, capazes de oferecer assistência à uma população de aproximadamente 500.000 habitantes. (KANIAK, 1999).

O Plano Bandeira de Melo contrastava com o contexto nacional pois incentivava o acesso universal aos serviços de saúde e apresentava uma proposta de hierarquização do cuidado com a existência de centros e postos de saúde. A rede contava na época com 6 hospitais, 5 postos de saúde e uma Unidade Integrada de saúde em Sobradinho sob a responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB). Ao final da década de 70 aproximadamente 70% dos atendimentos aconteciam no pronto-socorro (DISTRITO FEDERAL, 2005b).

Após 2 décadas, a estrutura se tornou insuficiente e inadequada para o atendimento da população devido ao crescimento demográfico rápido e desordenado que atravessava a capital do país. A demanda reprimida, a limitação de mão de obra qualificada dos profissionais e a insatisfação dos usuários rapidamente geraram o colapso da rede. Ao final da década de 70, a baixa cobertura populacional, a predominância da atenção hospitalar e o alto custo do modelo assistencial do DF, mostraram a necessidade de uma mudança no sistema de saúde local (DISTRITO FEDERAL, 2005b; GÖTTEMS, 2010).

Nacionalmente, a assistência odontológica pública, desde a década de 1950, foi voltada à população em idade escolar, considerada epidemiologicamente mais vulnerável e mais suscetível às intervenções de saúde pública. Ofertava-se procedimentos de baixa complexidade e a população adulta era preterida. O modelo assistencial odontológico hegemônico era o da prática privada e permaneceu até a Constituição de 1988 (BASSO, 2019).

Não foram encontrados estudos nem documentos com relatos de iniciativas políticas voltadas à assistência odontológica pública do Distrito Federal durante o Plano Bandeira de Melo, sendo prevista apenas no Plano seguinte, intitulado Plano de Assistência à Saúde no DF.

Plano de Assistência à Saúde no DF (1979 – 1994)

Surgiu, então, o Plano de Assistência à Saúde, em 1979, formulado por uma equipe de especialistas coordenada por Jofran Frejat, médico cirurgião com experiência de residência na Inglaterra. O plano foi inspirado no Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, onde a organização se dava de forma hierarquizada, sendo o indivíduo referenciado para uma unidade hospitalar apenas em 3 circunstâncias: urgência, encaminhado por um médico de quarteirão ou para acompanhamento/internação de doenças crônicas. O modelo assistencial do DF à época era exatamente o oposto, marcado por filas enormes nos hospitais em busca de consultas médicas, além de congestionamento das emergências com problemas que seriam facilmente resolvidos por uma assistência básica. (GÖTTEMS, 2010).

As ideias do Plano de Assistência à Saúde do DF foram ainda mais fortalecidas pela Conferência Internacional de Alma Ata (1978), e ficou conhecido como Plano Jofran Frejat. Propunha uma assistência focada na saúde, e não na doença; a utilização da vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho de saúde na comunidade; a identificação dos problemas e necessidades dos grupos familiares e a regionalização dos recursos por área populacional. Buscava-se ampliar o acesso, racionalizar os custos e ofertas e enfrentamento das precárias condições de vida ocasionadas pelo intenso processo migratório e êxodo rural que marcaram a

realidade do DF na época. A mudança mais significativa proposta pelo plano foi a criação de 35 novos postos de saúde, totalizando então, 40 unidades de serviços básicos de saúde, objetivando 100% de cobertura populacional (FREJAT, 1999).

O plano propôs uma adaptação ao modelo inglês, uma vez que no DF era inviável implantar os médicos de quarteirão, devido à escassez de mão de obra. Criou-se então os Centros de Saúde para que ali ficassem as especialidades médicas básicas: pediatria, ginecologia-obstetrícia e clínica médica, e também um diretor de epidemiologia. Outra característica do novo modelo assistencial seria a implementação de serviços de pronto-atendimento nos centros de saúde, para que a população fosse aos poucos condicionada a deixar de buscar os hospitais como porta de entrada dos serviços de saúde (GÖTTEMS, 2010).

O Plano de Frejat acarretou mudanças significativas na infraestrutura da rede, todavia a limitação dos profissionais a se adequarem ao novo modelo resultou em um retorno gradativo da população ao uso da rede hospitalar como porta de acesso aos serviços de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2005).

A transição demográfica do DF marcou fortemente a estruturação da rede de saúde e a implantação da política de APS no DF. O cenário político era de estímulo à migração com a oferta de terras públicas e moradias como moeda de troca de votos, gerando um intenso fluxo migratório, um elevado crescimento populacional anual e aumento da densidade populacional com péssima infraestrutura para suportar o crescimento demográfico e precárias condições de vida, tornado impossível a cobertura de saúde para toda a população (DISTRITO FEDERAL, 2006).

A partir da Constituição Federal de 1988, o Distrito Federal passou a escolher seus representantes políticos por meio do sufrágio universal, e não mais por indicação do Presidente da República, como anteriormente. Tal fato é um marco importante pois consolida a autonomia política do DF, além de fortalecer o princípio democrático e participativo do SUS, originado a partir da Reforma Sanitária (ABREU, 2007).

Nesta nova fase política do DF, a saúde se destacou pelas propostas de organização da APS com o objetivo de ampliar a cobertura populacional e mudar o modelo assistencial.

Este plano proposto por Jofran Frejat foi o primeiro a prever a odontologia como política pública no Distrito Federal (BASSO, 2019). Apoiava-se na estratégia do cuidado primário prestado em postos rurais e nos centros de saúde, com a oferta de especialidades básicas em odontologia para cada 30 mil habitantes (GÖTTEMS et al, 2009).

As ações voltadas à assistência à saúde bucal surgiram em consonância com as práticas adotadas em todo o território nacional, estruturadas a partir dos modelos preventivista e incremental. A proposta era de uma cobertura gradual e ascendente, com foco na população mais jovem, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens (NARVAI, 1994; BASSO, 2019).

Desta forma, a população escolar se tornou alvo prioritário das ações, e o atendimento do restante da população ficou restrito a tratamentos de urgências odontológicas, resultando numa política excludente, mutiladora e pouco resolutiva (BASSO, 2019).

Plano de reformulação do modelo assistencial e implantação do Programa Saúde em Casa (1995 – 1999)

A saúde do DF passou a ser regulamentada pela Constituição Brasileira e também pelas leis nº 8.080 e nº 8.142, publicadas em 1990, com repercussão nas Políticas Públicas locais. A II Conferência de Saúde do Distrito Federal foi um marco importante para a história da APS no DF. Em seu relatório reforçou o crescimento demográfico desordenado, a diminuição do padrão de vida da população, a redução dos recursos da saúde, a baixa resolutividade dos serviços de Atenção Primária, a centralização da gestão das políticas de saúde, entre outras fragilidades da rede (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008).

No período de 1995 a 1998 destacou-se a implantação do Programa Saúde em Casa (PSC). Em 1995, com a mudança de Governo, o novo Secretário de Saúde implementou o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do DF (REMA), cujo principal objetivo foi implantar os princípios do SUS no Distrito Federal, fortalecendo a Atenção Primária como porta de entrada para o Sistema de Saúde e o sistema de referência e contra-referência (HILDEBRAND, 2008).

As propostas do REMA estavam voltadas para a reformulação da gestão do sistema e buscavam a autonomia administrativa dos hospitais e regionais de saúde. A autonomia do próprio GDF era limitada, pois não tinha fundo de saúde (criado apenas em 1996) e o pagamento dos servidores da saúde, segurança e educação era feito pelo Governo Federal (HILDEBRAND, 2008). Destaca-se que o REMA representou um momento de enfrentamento de problemas organizacionais básicos do sistema, criando condições para a implantação do PSC.

Em 1997, a SESDF e a FHDF desenvolveram o PSC como uma estratégia de reformulação da atenção à saúde do DF. Seus objetivos foram relacionados à ampliação do acesso, racionalização da oferta e melhoria dos resultados sociais e das condições de vida da

população. Propuseram equipes de saúde da família que iriam dar cobertura para mil famílias em cada área. As ESFs eram compostas por um médico, um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde (ACS). A intenção era de incorporar outros profissionais na equipe posteriormente (HILDEBRAND, 2008).

Além da equipe mínima mencionada acima, o Distrito Federal foi pioneiro na implantação das equipes de saúde bucal no país, ocorrida em maio de 1997, com 7 equipes atuando na cidade de Santa Maria (HILDEBRAND, 2008).

Cada equipe de saúde bucal era formada por 1 cirurgião dentista, 1 Técnico em Higiene Dental (THD) e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Entre as atividades das equipes de saúde bucal do Saúde em Casa estavam as de cunho técnico-assistenciais como orientações sobre as ações preventivas e de promoção à saúde, assim como o treinamento e organização da rotina dos profissionais técnicos em saúde bucal, realização de atividades sobre prevenção de doenças e promoção de saúde de forma coletiva e individual, realização dos encaminhamentos para os serviços de atendimento curativos, realização de procedimentos curativos e restauradores dos pacientes referenciados. Ainda exerciam atividades de cunho administrativo comuns aos demais membros das equipes de saúde, inclusive o cadastramento das famílias, já evidenciando um projeto comum para as duas práticas. (DISTRITO FEDERAL, 1997, HILDEBRAND, 2008).

As práticas das equipes de saúde bucal eram realizadas principalmente externamente às unidades de saúde, uma vez que os consultórios levaram certo tempo para serem instalados e as ações de prevenção e promoção de saúde eram prioridade. No estudo de Hildebrand (2008), foram realizadas várias entrevistas com as equipes de saúde bucal, e os profissionais foram unânimes em afirmar que no início o foco era desmistificar que atendimento odontológico era só clínico. A saúde bucal era abordada em todos os grupos educativos como de diabéticos, hipertensos, gestantes, etc. Muitos profissionais sequer chegaram a realizar atendimento clínico curativo devido à ausência de consultórios odontológicos e a mudança do foco exclusivamente curativo.

O planejamento inicial foi que as equipes seriam alojadas em imóveis alugados ou recém-construídos em regiões mais próximas das famílias do que os Centros de Saúde. O fluxo da rede seria reorganizado de forma que a porta de entrada seria o PSC, com encaminhamentos, se necessário, para os Centros de Saúde, onde haveriam especialistas para o atendimento da demanda, e posteriormente, para os hospitais para os casos mais complexos (GÖTTEMS, 2010).

O PSC trouxe avanços na cobertura populacional, porém, trouxe também várias limitações que culminaram no fim do programa. Entre as principais destacam-se o funcionamento paralelo à rede de saúde tradicional, com total desarticulação com os Centros e Postos de Saúde existentes; estruturas montadas em prédios ou residências alugadas e contratação dos trabalhadores de forma terceirizada, por meio de organizações não governamentais; salários com valores muito acima daqueles pagos aos servidores públicos justificados pela resistência dos servidores da SESDF ao trabalho nas equipes do PSC (GÖTTEMS, 2010).

Ao final de 1998, isto é, com 2 anos de implantação, o PSC contava com 278 equipes, alcançando uma cobertura de 78% da população do DF. Havia 127 equipes de saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 1997). Esse período foi caracterizado por um maior aporte de recursos financeiros, uma vez que o GDF já contava com seus recursos próprios do fundo financeiro e o repasse advindo do Governo Federal que ocorria conforme produtividade registrada nos sistemas de informação da época (SIASUS e SIHSUS - Sistema de Informação Hospitalar do SUS). O PSC rendeu grande visibilidade e repercussão nacional pois foi uma das primeiras experiências do modelo em um grande centro urbano (GÖTTEMS, 2010).

Programa Saúde da Família (1999 – 2003)

O Distrito Federal sofreu uma mudança de Governo significativa no início deste período, com uma transição partidária importante. O PSC foi extinto com demissão de funcionários e quebra de contratos de aluguel, por decisão do novo governador. Assim, deu-se início à implantação do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1999, seguindo a proposta do Ministério da Saúde (GÖTTEMS, 2010).

Diferentemente do PSC, as equipes de saúde da família deveriam estar nos Centros de Saúde, e para sua composição seria dada a preferência para os servidores públicos, por meio de incentivo financeiro. Com o retorno das equipes para os centros de saúde houve uma superposição de funções entre o PSF e os Centros de Saúde, causando certa desorganização (DISTRITO FEDERAL, 2000).

A implantação do PSF ocorreu em meio a vários processos de reorganização da SESDF. No ano 2000, por meio de reforma administrativa, a FHDF foi desativada e a SESDF assumiu toda a responsabilidade da gestão da saúde do DF. Outro marco importante neste mesmo ano foi a criação do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), constituído de recursos do

Orçamento da União destinados ao financiamento integral da segurança pública e parcial da saúde e da educação do DF (HILDEBRAND, 2008).

As reformas administrativas não impactaram diretamente no PSF, mas o governo precisou recorrer ao Instituto Candango de Solidariedade (ICS) com moldes muito parecidos ao antigo PSC. Foram necessárias contratações de profissionais, visto que havia pouco interesse de médicos e demais profissionais de saúde a atuarem nas equipes de família. Além disso, a realização de concursos gerava burocracia e tempo para as contratações. As equipes passaram a ocupar imóveis cedidos por comodato, e não mais alugados, como no PSC, e outras permaneciam nos Centros de Saúde (GÖTTEMS, 2010).

Neste mesmo período o PSF se expandia por todo o Brasil com aumento de números de equipes e aumento da cobertura populacional, porém, no DF houve um retrocesso neste período devido às grandes dificuldades enfrentadas, como a dificuldade na contratação de profissionais de saúde, perfil inadequado dos profissionais das equipes entre médicos e demais categorias e a velha cultura da população em preferir o hospital como porta de entrada do sistema (GÖTTEMS, 2010).

Inicialmente foi proposto o número de 134 equipes de PSF, com estimativa de cobertura de 70% da população. Todavia, este percentual não foi alcançado. Além disso, havia muita discrepância entre áreas com sobrecobertura e áreas praticamente sem cobertura de ESF. Ao final de 2002, das 134 equipes implantadas, restavam apenas 38 com composição completa, transformando o PSF em um fracasso neste período (DISTRITO FEDERAL, 2000; GÖTTEMS, 2010).

As equipes de saúde bucal neste período enfrentaram dificuldade de interação nas ESFs. A Odontologia era uma novidade, e não houve um treinamento ou qualquer movimento para a integração das ESBs nas ESFs. Além disso, a infraestrutura das unidades não era suficiente e adequada para a prática odontológica. E, obviamente, o quantitativo de ESBs era muito inferior se comparado ao número de ESFs, o que tornava inviável a realização do levantamento epidemiológico e de necessidades da população local (HILDEBRAND, 2008).

Outra problemática enfrentada, assim como no período anterior, era a não aceitação da população das práticas preventivas, pois queriam resolver seus problemas odontológicos com tratamento e não com ações de promoção e prevenção. Observa-se que anos se passaram e a realidade atual e o comportamento da população não parecem ser diferentes.

Segundo Basso (2019), o crescimento desordenado da população ao longo dos anos, associado às precárias condições de saneamento básico e aos hábitos de alimentação

inadequados, e ainda, ao modelo de assistência destinado a grupos específicos da população, culminaram em altos níveis de prevalência de agravos em saúde bucal e acentuaram a necessidade de oferta dos serviços odontológicos no DF. O PSF fracassou também na assistência à Saúde Bucal, refletindo a falta de incentivo e desorganização na oferta dos serviços neste período.

Programa Família Saudável (2003 – 2006)

O Programa Família Saudável (PFS) configurou a terceira tentativa da SESDF de estruturar sua rede de saúde seguindo os princípios da Estratégia Saúde da Família, priorizando a organização e fortalecimento da APS, com foco principalmente na facilitação do acesso dos usuários aos serviços. Para a implantação do programa realizou-se uma exaustiva análise do sistema de saúde do DF, identificando dois problemas clássicos como o crescimento populacional e o perfil dos profissionais de saúde centrados no modelo biomédico e hospitalocêntrico, e buscando-se priorizar as regiões com piores condições e indicadores para a aplicação da proposta (GOTTEMS, 2010).

Em 2003 houve a ruptura entre o GDF e ICS motivada pelas denúncias de corrupção. Foi selecionada então uma outra organização intitulada Fundação Zerbini para assumir parceria com o GDF. Assim, os profissionais do PFS poderiam pertencer ao quadro de profissionais concursados da SESDF ou contratados pela Fundação Zerbini. Além do quadro de profissionais, a Fundação também era responsável pelas instalações físicas, provisões de insumos entre outros. Mais uma vez as contratações foram alvos de muitas denúncias de irregularidades, gerando tensão e indo contra as recomendações do MS que orientava a priorização de contratação por concurso público. O fim da Fundação Zerbini assim como do ICS culminou na extinção do PFS (HILDEBRAND, 2008).

A meta do PFS era alcançar 40% de cobertura populacional por ESF, exigência do MS. Essa meta foi superada em 2004 atingindo 56%, porém nos anos seguintes caiu muito, chegando a apenas 4% em 2006 devido às restrições das novas contratações (GOTTEMS, 2010). Apesar do fracasso no DF, no restante do país, cabe ressaltar, a ampliação e fortalecimento da APS foi crescente.

Nesta época, em meio aos demais profissionais, havia apenas 19 equipes de saúde bucal vinculadas à Fundação Zerbini. Conforme as orientações do MS, para que houvesse o repasse financeiro, os Centros de Saúde tipo I deveriam ter 3 equipes de saúde bucal, e para os tipo II, 2 ESBs. Porém, o DF não realizou as compras dos consultórios odontológicos, a grande maioria

dos equipamentos eram doações, com qualidade ruim e estado precário de conservação. Assim, o GDF teve que arcar com as despesas dos salários dos servidores da saúde bucal, porém sem receber o repasse federal, devido mau gerenciamento e gestão (HILDEBRAND, 2008).

O repasse dos incentivos financeiros do MS para os municípios era controlado proporcionalmente às produções das equipes, que tinham como ferramenta controladora o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O uso do SIAB não foi incentivado como instrumento de planejamento de ações baseado nas necessidades da população, era utilizado de forma inadequada por falta de treinamento, capacitação e calibração no lançamento dos dados. Observa-se, desde então, uma dificuldade na alimentação dos dados, gerando números que não condiziam com a realidade enfrentada (HILDEBRAND, 2008).

A prática das atividades de saúde bucal era baseada no “bom senso” dos profissionais de Odontologia. Não havia nenhuma normativa que ajudasse na organização do processo de trabalho. As equipes eram formadas por 1 dentista, 1 THD e 1 ACD. Eram realizadas visitas domiciliares, porém prevaleciam as consultas individuais e os tratamentos centrados nas doenças. O atendimento passou a ter um foco maior no adulto devido à enorme demanda de hipertensos e diabéticos frequentando o ambiente de saúde. O acesso ao atendimento odontológico se dava pela participação prévia em palestras educativas sobre saúde bucal. Os tratamentos dos casos mais simples eram priorizados pois a alta era mais rápida e assim o fluxo de atendimento era mais célere, abrindo vagas mais rápido. As urgências eram atendidas de forma pontual ao dente originário da dor, postergando o tratamento eletivo para depois (HILDEBRAND, 2008).

Esse fluxo de priorização dos casos mais simples é completamente inverso ao que preza o MS para estratégia de saúde da família, onde os mais necessitados e mais graves devem ser a prioridade de atendimento.

Não havia referência para a execução de radiografias odontológicas no serviço público, e nem atendimento para os casos mais graves, deixando os profissionais com suas ações limitadas (HILDEBRAND, 2008).

Enfatizando todos os esforços do DF em estruturar sua rede de saúde, em 2005, foi publicada a primeira Política Distrital de Saúde Bucal, estruturada nas ações coletivas (Fluoretação das Águas, Educação em Saúde e Vigilância em Saúde) e ações assistenciais em grupos específicos (Programa Cárie Zero – 0 a 6 anos; Programa de saúde bucal – 7 a 19 anos; Programa de Saúde Bucal do Adulto – 20 anos ou mais) (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Foi o primeiro documento norteador de ações voltadas para a saúde bucal pública do DF. Até este momento, a atenção à saúde bucal no DF foi prestada sem diferenciação orgânico-administrativa dos níveis de atenção. Na Atenção Primária, os profissionais da saúde bucal seguiam a organização dos centros de saúde, com uma prestação de serviço segmentada, onde as equipes de saúde bucal trabalhavam de forma independente, sem qualquer interação com os outros setores da unidade de saúde (BASSO, 2019).

Estratégia Saúde da Família (2007 – 2009)

O ano de 2006 foi marcado pelas eleições e mudança de Governo, todavia, o Secretário de Saúde do DF foi mantido e assim pode-se dar continuidade ao processo de regularização dos vínculos dos profissionais de saúde.

Iniciou-se um plano de reorganização da APS no DF, passando a adotar o nome utilizado pelo MS, isto é, Estratégia Saúde da Família. Vários problemas foram levados em consideração na busca de fortalecer a rede de atenção à saúde, como a necessidade iminente de ampliação da rede física, insuficiência de infraestrutura e insumos, falta de integração dos profissionais com os vários níveis de atenção, dificuldades de gestão etc. (DISTRITO FEDERAL, 2009).

O objetivo do plano visava a reorganização da APS com o aumento da resolutividade das equipes com profissionais qualificados, tecnologia adequada, implantação de uma rede de serviços integrada para acompanhamento e avaliação da melhoria da situação de saúde das famílias, especialmente as mais vulneráveis. Além da ampliação de novas UBSs, induziu-se a construção das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). A ideia de ter a APS como porta de entrada do sistema de saúde permanecia como meta, porém ainda sem ser alcançada, e os serviços de média e alta complexidade com demandas reprimidas cada vez mais elevadas (GÖTTEMS, 2010).

Em 2007 foi realizada a VII Conferência de Saúde do DF, completamente voltada para a temática de políticas de Estado e desenvolvimento. Esta conferência foi um marco importante pois visava 100% de cobertura populacional por ESF e uma ampliação de equipe multiprofissional visando a integralidade dos serviços. Ficou estabelecido que a contratação de profissionais se daria exclusivamente mediante concurso público e recomendou-se a construção de hospitais, centros de saúde, reformas e ampliações. As relações políticas entre Governo Federal e Governo Distrital se estreitaram de modo que todas as orientações do MS passaram a

ser observadas na tentativa de se conseguir financiamento e repasse financeiro (GÖTTEMS, 2010).

Diferente dos programas anteriores, priorizou-se a contratação de profissionais por meio de concursos públicos. Todavia, surgiu um novo problema, pois muitos profissionais não tomavam posse para exercerem os cargos direcionados à ESF, e ainda, muitos solicitavam a exoneração. Situação essa condicionada aos baixos salários da época, condições precárias de trabalho e extrema demanda de atendimento e desgaste, recusa para o trabalho em regiões muito afastadas e vulneráveis, e ainda, ao crescimento do mercado privado de saúde na época (GÖTTEMS, 2010).

Mesmo com avanços, até o ano de 2009, segundo GÖTTEMS (2010), os serviços de pronto atendimento ainda desempenhavam o papel de porta de entrada do sistema de saúde do DF, se fazendo necessária uma melhor reorganização dos fluxos. A cobertura populacional por equipes de saúde da família se manteve descontínua e inexpressiva. Não aconteceu a construção de novos hospitais e unidades básicas, e além disso, o ano de 2009 foi marcado por uma sucessão de denúncias de corrupção generalizada no Governo do DF.

O modelo assistencial odontológico permaneceu similar ao mencionado no tópico anterior. A especialidade Odontologia permaneceu segmentada dos demais setores, trabalhando de forma independente, apartada dos demais setores, e com uma demanda desproporcional de oferta *versus* procura por serviços de saúde bucal. Com o fim das terceirizações, o quadro de profissionais ficou baixíssimo e a oferta de serviços extremamente prejudicada.

Na Atenção Primária, a assistência era focada em ações curativas reparadoras, e atendimentos de urgências. As ações de promoção e prevenção à saúde bucal limitada a grupos específicos como crianças de 0 a 6 anos e gestantes. A demanda por tratamento odontológico eletivo organizava-se por meio de “listas de espera”, com critério exclusivo de ordem cronológica de inserção na lista, ferindo principalmente o princípio da equidade, tão defendido pelo SUS (BASSO, 2019).

Na atenção especializada, a maioria dos CEOs foram instalados dentro dos Hospitais Regionais, levando os profissionais especialistas a executarem, além das ações ambulatoriais especializadas, ações de cunho hospitalar. Além disso, não havia um processo organizado e efetivo de regulação do acesso aos serviços da atenção secundária, que ocorria de forma desordenada e deficitária, sem classificação de risco e sem um sistema efetivo de referência e contrarreferência ou comunicação com a Atenção Primária (BASSO, 2019).

5.1.2 Atenção à saúde no DF – período posterior à 2009

Para esta fase do estudo será apresentada uma síntese seguida da análise dos Planos Distritais de Saúde para cada 4 anos de governo com seus respectivos Relatórios Anuais de Gestão com os resultados alcançados em cada período.

Período 2009 a 2010

Em 2009, o modelo assistencial adotado no DF foi o Estratégia Saúde da Família, iniciado em 2006 e vigente até os dias atuais. Representa o marco temporal inicial deste estudo, no terceiro ano de Governo de José Roberto Arruda. Um período político tumultuado marcado por várias denúncias de corrupção.

O Distrito Federal apresentava a divisão das regiões de saúde conforme representada na figura 1. Essa definição tinha o objetivo de garantir a integralidade da assistência e facilitar o acesso do usuário aos serviços e ações de saúde. Além disso, buscava-se o melhor planejamento e organização das coordenações centrais articulando com as regionais (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do DF.



Fonte: Plano de Saúde do Distrito Federal (2008 – 2011).

Embora o território do Distrito Federal tenha sido dividido anteriormente em Regionais e Regiões de Saúde, essa divisão não havia obtido, até aquele momento, qualquer repercussão na melhoria da qualidade ou quantidade das ações e serviços de saúde, uma vez que todas as atribuições administrativas e financeiras continuavam extremamente centralizadas na SESDF (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Quando considerada a capacidade operativa do sistema, o Distrito Federal apresentava déficits importantes, e um dos fatores relacionados é, até os dias de hoje, o percentual de participação da população habitante da região do entorno. Essa demanda extra, não programada e não pactuada entre gestores, gera um desequilíbrio considerável entre a oferta de serviços e a demanda de usuários do sistema de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2008).

A falta de recursos humanos suficientes é um gargalo enfrentado desde muito tempo pela SESDF, e, neste período, a maior dificuldade estava na contratação e permanência desses profissionais, principalmente os de nível superior. Um problema de difícil solução a curto, médio e longo prazos, principalmente pelo fato de a SESDF utilizar-se da contratação de profissionais via concurso público, de forma mais morosa e com maior ônus para o DF. Em 2008, o gasto com a folha de pagamentos chegava a 42,42% do orçamento, já quase alcançando o teto da Lei de Responsabilidade Fiscal de 46,55% (DISTRITO FEDERAL, 2008).

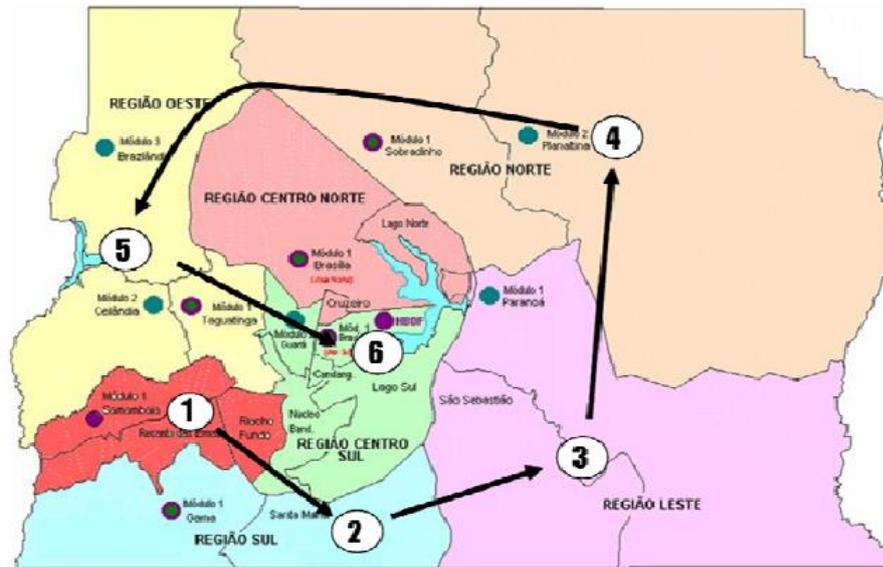
Vários outros problemas foram também citados no diagnóstico situacional realizado à época como más condições prediais, insuficiência de equipamentos, falta de gestão dos equipamentos médicos-hospitalares, a inviabilidade de expansão dos sistemas de informações por falta de estrutura para funcionamento da internet nas unidades, déficit na assistência farmacêutica, entre muitos outros (DISTRITO FEDERAL, 2008).

O Plano Distrital do Governo para o período de 2008 a 2011 teve como enfoque prioritário a realização de ações pela SESDF com o intuito de reorganizar o modelo de atenção à saúde adotado no Distrito Federal, apresentando estratégias capazes de equacionar parte dos problemas identificados a partir da análise situacional (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Ficou estabelecido como meta de 2008 a 2010, a implantação de 294 novas equipes da Estratégia em Saúde da Família - ESF e de Saúde Bucal. Pretendia-se alcançar 50% de cobertura populacional por ESF até 2010 e o índice de cobertura por ESB esperado era de 25% (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Para viabilizar as propostas citadas, o GDF apresentou uma proposta de expansão da Estratégia Saúde da Família em forma de caracol, iniciando-se pelas áreas mais carentes e com dificuldade de acesso aos serviços existentes, conforme representação na figura 2.

Figura 2 - Projeto em Caracol de expansão da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal.



Fonte: Plano de Saúde do Distrito Federal 2008 – 2011.

No Plano de Saúde do DF (2008), a saúde bucal ganha atenção. É mencionado o número de apenas 20 ESBs no DF à época, e a preocupação em como inserir a especialidade de forma efetiva nas ESFs, fica registrada em várias partes do Plano de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2008):

Ênfase será dada também à integração das equipes de saúde bucal à atenção primária e à sua expansão. Embora existam esforços nesta área, a carência por serviços odontológicos ainda é grande, principalmente para as populações carentes do DF (...) O desafio consiste em traçar elementos para os avanços necessários desta especialidade, que por suas especificidades, transita de forma dupla entre os níveis de complexidade (primário e secundário). Além disso, a disponibilidade da oferta de serviços de odontologia da rede do DF está limitada a um conjunto de procedimentos que não respondem integralmente às reais necessidades da população, tampouco ao papel esperado a ser desempenhado pela odontologia. É necessário reverter o perfil da assistência odontológica na rede pública da SES DF (ou pelo menos parte dele) de forma que se apresentem alternativas que induzam a um processo de mudança e qualifiquem o quadro atual. A proposta de curto prazo significa integrar os serviços atualmente ofertados com a estratégia de saúde da família, incorporando novos profissionais de saúde bucal na medida em que fortalece o PSF no DF. Na outra ponta, consiste em promover a ampliação de serviços/especialidades ofertados nos ambulatórios e na rede hospitalar pública do DF, adequando o quantitativo de pessoal, material de consumo e equipamentos necessários para ampliar e qualificar o acesso da população a este tipo de serviço (p.48).

Após análise dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de 2009 e 2010, à luz de todo o planejamento apresentado acima, observa-se que a meta de cobertura por ESF não foi atingida. O relatório de 2009 aponta que em dezembro de 2009 havia apenas 89 equipes completas e consistidas (DISTRITO FEDERAL, 2009):

É importante ressaltar o momento político que o DF atravessava com a prisão do Governador Arruda e também do Vice-Governador Paulo Octávio. O Governo Distrital trocou de representante 3 vezes em pouco mais de 12 meses.

O RAG de 2009 menciona apenas dois indicadores de saúde bucal. É citada a quantidade total de 192.992 primeiras consultas odontológicas programáticas e 45.220 ações de escovação supervisionada no ano de 2009 (número bem próximo ao encontrado no SIASUS pela autora). É apresentado um compilado dos anos anteriores do indicador primeira consulta odontológica programática conforme quadro 3 abaixo (DISTRITO FEDERAL, 2009):

Quadro 3 – Indicador de Saúde Bucal primeira consulta odontológica programática apresentado no relatório de gestão da SESDF – 2009

Primeira consulta odontológica programática	
2007	7,29
2008	7,61
2009	7,40

Fonte: elaborado pela autora (2022)

No relatório de 2010 não é mencionado nada sobre saúde bucal, exceto a contratação de 10 odontólogos neste mesmo ano (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Período 2011 – 2014

Em 2011, iniciou-se o mandato do governador médico Agnelo Queiroz. O DF à época, após censo realizado em 2010, apresentava população aproximada de 2.570.160 habitantes, tendo um incremento populacional de 25,3% em 10 anos, influenciando diretamente no colapso do sistema de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2012b).

O Plano Distrital de Saúde de 2012 a 2015 destinou parte de seu conteúdo para uma análise minuciosa da situação do quadro de profissionais da SESDF, especialidades mais demandadas, os déficits etc. Descreve que “o trabalhador constitui o mais importante e valioso

patrimônio da SESDF e o elemento essencial para preservação, consolidação e sucesso do que é preconizado pelo SUS” (DISTRITO FEDERAL, 2012a) (p.26).

Percebe-se uma tentativa de valorização do servidor no planejamento realizado. A carência de profissionais é colocada como a dificuldade citada com mais frequência no processo de elaboração do planejamento estratégico da SES nos anos anteriores e elenca diversos motivos: a ampliação acelerada da rede pública de saúde, alto número de profissionais em fase de aposentadoria, alto índice de afastamentos e absenteísmo relacionados à sobrecarga de trabalho, agravos à saúde física do trabalhador, adoecimentos frequentes, desgastes emocionais relacionados ao excesso de demanda (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

É apresentada, ainda, a dificuldade para a contratação e a adesão de profissionais da saúde, mesmo tendo o DF, as mais altas remunerações da Administração Pública do país.

A Estratégia Saúde da Família é citada novamente como eixo central e estruturante de um sistema de saúde universal e integral, uma vez que os vários estudos realizados naquele momento já apontavam que áreas com melhor atenção primária têm melhores resultados em saúde. No diagnóstico situacional realizado no Plano de Saúde de 2012, é inserido um quadro com a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no DF, onde observa-se em 10 anos uma queda muito significativa do percentual de cobertura, passando de 27,6% no ano 2000 para 13,24% no ano 2010, um verdadeiro retrocesso para a Estratégia Saúde da Família.

A maioria dos centros de saúde do DF funcionavam no modelo tradicional de atenção primária, sem a lógica da estratégia de saúde da família. E, ainda, apresentavam déficit de profissionais significativo, principalmente nas unidades mais distantes dos centros urbanos, ou seja, nas mais carentes. A utilização dos serviços de saúde pela população do entorno ainda permanecia desestabilizando o sistema e dificultando a programação das ações locais de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Em 2012, nota-se um Plano de Saúde com um diagnóstico muito melhor elaborado e detalhado, com resultados e números capazes de demonstrar as carências do sistema de saúde.

O primeiro objetivo e diretriz desse Plano foi estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família, fortalecendo e qualificando as unidades e equipes de atenção primária à saúde, para que pudessem atuar como porta de entrada efetiva no sistema de saúde, dotando-as ainda de instrumentos e métodos adequados para o encaminhamento dos pacientes aos demais níveis de atenção, em conformidade com as diretrizes de conformação das Redes de Atenção, como proposto na 8ª Conferência Distrital de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

A lógica das Redes de Atenção pressupõe a inversão do modelo assistencial, deixando de ser um modelo centrado no hospital com foco nas urgências, para um modelo centrado em linhas de cuidados ordenados por uma atenção primária ampla, integrada com a atenção especializada, e resolutiva. Apesar de todos os esforços dos governos anteriores, o modelo hospitalocêntrico ainda era o modelo encontrado no DF (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Para a viabilidade de se cumprir com esse objetivo, seria necessária a reestruturação das unidades existentes, expansão de serviços e mudança na organização do processo de trabalho no setor. Propôs-se, nesse sentido, a ampliação gradual da Saúde da Família, plano já iniciado várias vezes nos governos anteriores, porém sem sucesso (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

O Plano Distrital de Atenção Primária, embora aprovado em 2011 (Resolução nº 03 de março de 2011), havia sido elaborado no ano anterior, em 2010, no Governo antecessor. Estimava 3 fases para a expansão da cobertura da estratégia de saúde da família: na Fase 1, cobertura imediata de 20% da população do DF até dez 2010; na fase 2, cobertura de 40% da população do DF até 2012; na fase 3, cobertura de 50% da população do DF, até 2014. (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Suas metas foram citadas no Plano de Saúde do DF (2012), assim como uma listagem de enormes desafios a serem superados para que fossem alcançadas. Os avanços ambicionados foram condicionados a um conjunto de fatores como a expansão ordenada e gradual das ESF e das ESBs, organização dos seus processos de trabalho, revitalização da rede de atenção, conversão do modelo de atenção praticado em Centros de Saúde (deveriam receber ESF e ESB), e a reestruturação física da rede, fator bastante desafiador (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Previu-se a necessidade da construção de 120 novas unidades básicas de saúde, bem como ampliação de 75 unidades e reforma de 48 unidades básicas de saúde já existentes, com aquisição de mobiliário e equipamento para todas elas (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Para as áreas onde não estava prevista a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família deveriam ser completados os quadros de pessoal dos Centros de Saúde e implementadas mudanças no processo de trabalho a fim de garantir que essas unidades incorporassem em sua organização os fundamentos da APS e fossem capazes de prestar adequada atenção aos usuários de sua área de abrangência, bem como de ordenar o acesso daqueles que necessitem atendimento em outros serviços de referência (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

O Plano de 2012 apresentou metas ainda mais desafiadoras para serem alcançadas até o fim do Governo, em 2015, entre elas a de alcançar 75% de cobertura populacional no DF por equipes de saúde da família (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

A informatização completa da rede também foi citada como meta, incluindo a reestruturação da infraestrutura de informática, ampliação, integração e aperfeiçoamento do Sistema Integrado de Saúde com o objetivo de unificar as informações dos pacientes por meio do prontuário eletrônico, para que pudesse ser acessado em qualquer unidade de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

A política de valorização do servidor teve papel de destaque no planejamento deste período, a ponto de ser mencionada como uma diretriz do Plano de Saúde elaborado. A SESDF previu gerir de forma democrática, participativa e regulamentar os processos de trabalho de forma motivadora. A valorização do servidor público é citada como um “objetivo permanente da SESDF”, e para o desenvolvimento dessa política, planejou-se a revisão do plano de carreiras, atualização das remunerações com valores compatíveis com os de mercado, educação permanente, entre outros (DISTRITO FEDERAL, 2012a).

Por fim, o planejamento é concluído com uma exposição minuciosa das necessidades de cada região administrativa, envolvendo todos os aspectos como a infraestrutura, recursos humanos, indicadores de saúde, etc.

Nos RAG de 2011 a 2014 foram apresentados os resultados alcançados nesse período. Observa-se novamente uma discrepância muito grande entre as metas propostas e os resultados atingidos.

No quesito fortalecimento da Atenção Básica, o relatório de 2011 aponta que a meta para o indicador de Proporção das Pessoas Cadastradas era de 30, porém permanece em 13,38, praticamente o mesmo de 2010 (13,24). Justificou-se os números alegando ser necessário o investimento em infraestrutura de novos locais de trabalho (DISTRITO FEDERAL, 2012b). Interessante ressaltar que no relatório de 2012, não é mencionado este indicador, talvez pelo fato de não refletir a cobertura de indivíduos cobertos pelas ESF e sim o percentual de pessoas cadastradas.

O relatório de 2012, por sua vez, traz o Indicador Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica com resultado de 52,20% superando a meta proposta pelo DF em 2012 que era de 40%. A justificativa apresentada foi o resultado das ações de implementação e melhoria, como as construções de novas unidades de saúde e a contratação de pessoal por meio de concurso público. Considerou-se também o aumento das horas médicas trabalhadas

nos Centros e Postos de Saúde, assim sendo, a cobertura por equipes de Atenção Básica aumentou significativamente (DISTRITO FEDERAL, 2013). Este indicador de 2012 foi calculado por número de equipes consistidas e a população de abrangência de cada ESF, trazendo um dado de cobertura mais próximo da realidade, e obviamente, maior, pois não levou em consideração apenas a população cadastrada como no ano de 2011.

O Indicador Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família tinha como meta pactuada para 2011 o valor 8, porém apresentou resultado de 3,62 (resultado referente ao fechamento do ano de 2011). A justificativa do não cumprimento da meta foi condicionada ao número insuficiente de profissionais na área de Saúde Bucal. No segundo semestre de 2011, aconteceu a maior contratação de cirurgiões-dentistas do DF, proporcionando um acréscimo de cerca de 50% desses profissionais. No entanto, permaneceu insuficiente o número de profissionais THDs, o que impediu a composição das Equipes de Saúde Bucal. Essa situação se agravou quando, em 2011, houve a exoneração dos profissionais THDs terceirizados com contratos temporários (DISTRITO FEDERAL, 2012b).

Este mesmo indicador, no ano de 2012 apresentou um ganho bastante expressivo se comparado ao ano anterior (3,62%) atingindo o percentual de 28,19% de cobertura. A justificativa apresentada foi o aumento da carga horária para 40h semanais dos profissionais interessados e as novas nomeações, que possibilitaram o incremento e ampliação da cobertura das equipes básicas de saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 2013).

Ainda em 2011, o indicador de média de ação coletiva de escovação dental supervisionada obteve resultado de 0,11 (resultado referente ao fechamento do ano de 2011) frente a uma meta estabelecida de 1. Para todo o ano de 2011 houve um total registrado de 34.319 ações (quantitativo bem próximo ao valor encontrado no SIASUS). A justificativa para que a meta não fosse alcançada foi embasada em fatores que, segundo o relatório, poderiam estar relacionadas ao sub-registro, ao erro no registro do procedimento no sistema (informando a quantidade de ações e não a quantidade de participantes), a insuficiência de recursos humanos e a grande demanda de atendimento clínico (DISTRITO FEDERAL, 2012b).

No ano de 2012, o indicador de média de ação de escovação dental supervisionada apresentou resultado de 0,12, praticamente o mesmo do ano anterior (0,11). As justificativas apresentadas foram o atraso no envio dos dados pelas áreas responsáveis nas Regionais de Saúde, falta de Kit Higiene Bucal que se encontrava em processo licitatório e impossibilitou as ações de orientações em algumas escolas públicas. E também não foi possível realizar a capacitação das equipes de saúde bucal em 2012 pela Fundação de Ensino e Pesquisa em

Ciências da Saúde (FEPECS) que teve problemas de agenda cheia (DISTRITO FEDERAL, 2013).

O relatório de 2012 apresentou um ganho expressivo no percentual de informatização das unidades de saúde. A meta programada era de 51,25% e foi atingido o percentual de 85%. Isto, sem dúvida, foi um fator muito importante, pois várias unidades ainda realizavam seus prontuários, cadastramentos de famílias, produtividade etc. de forma manual com registro em papel e a informatização gerou uma grande evolução na organização do processo de trabalho (DISTRITO FEDERAL, 2013).

A meta de construção das UPAs não teve nenhum sucesso, e apenas 7 das 40 unidades previstas foram construídas (DISTRITO FEDERAL, 2013).

O RAG de 2013 é extenso e bem detalhado. Aborda cada indicador de forma minuciosa com justificativas e planejamentos para o próximo ano. Inicia trazendo ênfase ao crescimento populacional do DF que, em 10 anos, apresentou um crescimento populacional de 24,9%, acima do aumento de 12,3% registrado pela população brasileira (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A pressão advinda do crescimento populacional de Brasília é citada como uma das causas dos contínuos desafios enfrentados pelo setor da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Em termos de infraestrutura, a rede recebeu uma ampliação significativa na APS, com várias unidades reformadas, algumas alugadas e outras construídas. Sob o ponto de vista exclusivamente da parametrização numérica, as Unidades de Atenção Primária, passaram a cobrir o atendimento de 50,54% da população do DF (DISTRITO FEDERAL, 2014).

No Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 apresentou-se como meta para 2013, uma cobertura populacional pela estratégia de Saúde da Família de 58%, porém o não alcance da meta proposta foi justificado, entre outros aspectos, pela dificuldade na ampliação, reformas e aquisição de novas UBSs (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A atenção básica à saúde inclui também as ações dos Centros e Postos de Saúde, que em 2013 cobriram 28,50% da população, somado à cobertura pela estratégia de saúde da família (21,29%) eleva a 49,79% a cobertura global da população pela atenção primária à saúde, segundo dados de novembro de 2013 (DISTRITO FEDERAL, 2013).

Neste ano, havia ainda uma distinção entre as unidades básicas de saúde e os centros e postos de saúde, pois nestes últimos, estavam os especialistas. Alguns funcionavam na lógica da Estratégia Saúde da Família, enquanto outros ainda no modelo convencional, por isso os dados são tratados em separado (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O documento de 2013 trouxe uma versão bem detalhada dos indicadores, e é o primeiro relatório a abordar a Saúde Bucal de forma minuciosa, com maior quantidade de indicadores de saúde bucal e com gráficos comparativos de cada um.

Aponta que a Atenção à Saúde Bucal executou 71% da meta proposta de consultas odontológicas com melhorias na infraestrutura, incremento de RH e o repasse foi suplementado pelo MS em pelo menos 200%, refletindo os aspectos positivos da ampliação significativa dos recursos humanos das ESBs (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal teve meta traçada para 2013 de 28% e resultado de 28,19%. O aumento da carga horária para 40h semanais de 101 CDs e 69 THDs e as nomeações de 116 THDs, em 2012, possibilitou o incremento e ampliação da cobertura das equipes básicas de saúde bucal. A variação positiva de 0,19 entre a meta desejada e o resultado alcançado representou a superação da meta em 0,68% (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Neste contexto, as realizações referentes à odontologia no ano de 2013 foram muitas: nomeação de novos servidores para a APS e Atenção Secundária, concessão de 40 horas para servidores, ampliação do serviço de prótese dentária, aumento do número de equipes de saúde bucal na APS, aquisição de novos equipamentos odontológicos, etc (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O indicador de média da ação coletiva de escovação dental supervisionada teve meta para 2013 de 0,30 e alcançou resultado de 0,41, superando a previsão pactuada. A Justificativa apresentada foi que com a aquisição de 320 mil kits de higiene bucal no segundo semestre de 2013 e material educativo para o incremento das ações de promoção em saúde bucal, foi possível superar a meta em 36,67%. A variação foi positiva em 0,11 pontos percentuais. A média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, comparada ao ano de 2012, apresentou um aumento de 241,67%. O monitoramento dessas ações elencadas abaixo, nas diversas regionais de saúde do Distrito Federal, pela Gerência de Odontologia/SAS/SES-DF possibilitaram este aumento expressivo (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O indicador proporção de exodontia em relação aos procedimentos teve meta de 5% para 2013, com resultado de 3,40%. A variação de 1,6 pontos percentuais entre o desejado e o alcançado representou uma proporção de alcance da meta de 68%. Como este indicador é decrescente, quanto menor, melhor, este índice indica que a meta foi superada, o que refletiu positivamente na qualidade das ações em Saúde Bucal ofertadas pela SES/DF (DISTRITO FEDERAL, 2013).

É o primeiro e único relatório a apresentar gráficos estatísticos da Atenção à Saúde Bucal com série histórica a partir do ano de 2007 até 2013, acerca dos atendimentos e procedimentos odontológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde. Todavia, os dados apresentados nos gráficos são diferentes dos dados encontrados na pesquisa deste estudo. Alguns com diferenças pouco significativas, e outros com diferenças bem discrepantes, que serão apresentados no tópico 5.2.3.

Segundo o RAG de 2013, a melhoria mais significativa foi a expansão do Programa Saúde da Família, ampliando para 259 equipes (27,5% de cobertura), apresentando uma expansão da cobertura populacional da ESF 2010-2013, aproximadamente 70% neste período, a 2ª maior expansão do país. O crescimento do número de ESF no período 2011 - 2013 foi de 121,37% (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O RAG de 2014 foi elaborado de forma bem diferente do ano anterior. O ano de 2014 foi o último da gestão do Governador Agnelo, mas o relatório foi realizado pela gestão de Rodrigo Rollemberg. É um relatório conciso, dentro do modelo padrão do MS, porém sem tantos detalhes (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A Programação Anual de Saúde apresentou os seguintes resultados: A Atenção Básica/Primária apresentou indicador de cobertura populacional estimada para equipes de atenção básica de 68,36%, sendo a meta programada de 66% conforme repactuação do Pacto/COAP. O percentual de famílias assistidas pelas Equipes de Saúde na Família foi de 84,7% (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A meta para 2014 para cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal foi de 28,19%, com resultado alcançado de 26,94%, ficando 4,43 pontos percentuais abaixo do pactuado. Se comparado ao ano de 2013, teve uma redução de 4,43% (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A média da ação coletiva de escovação supervisionada teve resultado de 0,30% no ano de 2014, frente a meta traçada de 0,40%. O resultado alcançado representa 75% da meta pactuada, indicando a necessidade de reforço nas ações referentes à atenção coletiva da saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Para o indicador proporção de exodontia em relação aos procedimentos, a meta pactuada para 2014 foi de 3,40%, com resultado de 3,30% (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O relatório apontou limitações nos indicadores, pois são dados agregados de todo o DF, portanto sem a possibilidade de se identificar em quais regiões estão as falhas e as necessidades

de ajustes e melhorias. Sendo assim propõe: “uma das medidas que serão tomadas para o ano de 2015 será a aplicação de indicadores por Região de Saúde” (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Período 2015 – 2018

Este período foi marcado politicamente pela eleição do Governador Rodrigo Rollemberg. O Distrito Federal permaneceu dividido em 7 regiões de saúde, conforme anteriormente ilustrado na figura 1, porém com a inclusão das cidades de Vicente Pires e Águas Claras na composição da região Sudoeste; Jardim Botânico na região Leste; e Estrutural e SIASUS na região Centro Sul.

A rede é composta neste momento por 172 unidades básicas de saúde, 12 hospitais regionais, 3 hospitais de referência distrital (HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal, HSVP - Hospital São Vicente de Paula, HUB - Hospital Universitário de Brasília), 6 UPAs, 32 unidades de apoio, 1 CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, 10 CEOs e 17 CAPS - Centro de Atenção Psicossocial (DISTRITO FEDERAL, 2015a).

A saúde bucal é citada no plano de Governo e o diagnóstico realizado à época aponta o quantitativo de 90 ESBs constituídas (87 ESF + 3 EACS), modalidade I, dentro da Estratégia de Saúde da Família. A Cobertura Populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal em 2015 foi de 28,89%. A Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada foi de 0,26%.

Pela primeira vez o quantitativo de consultórios é descrito em documento oficial do DF:

Figura 3 – Demonstrativo das unidades e consultórios odontológicos.

Unidade	Número de Consultórios Odontológicos
Hospitais	72
Centro de Saúde	219
Equipes de Saúde Bucal - ESF	87
Equipes de Saúde Bucal - EACS	3
UPA	7
Sistema Prisional	13
Demais Unidades (unidades mistas, CEO 712/912 sul, Hemocentro)	21
Total	422

Fonte: Geo/SAS – julho / 2015

Fonte: Plano de Saúde do Distrito Federal 2016 – 2019 parte II.

Para o período de 2016-2019, foi planejado pelo Governo:

Implementar a reestruturação da Política Distrital de Saúde Bucal que solidifica a universalização do atendimento, fazendo busca ativa através das Equipes de Saúde Bucal da estratégia de Saúde da Família, na comunidade das necessidades odontológicas da mesma, e acolhendo os pacientes dos grupos de atendimento ao usuário dentro das Unidade de Saúde (Idoso, Tabagismo, Diabetes, Hipertensão, Crescimento e Desenvolvimento, Gestante, entre outros), fazendo um atendimento integral sem limitação ou priorização de faixa etária (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

É mencionado no relatório a intenção da implementação do terceiro turno no âmbito odontológico com o objetivo de se ter em todas as Regiões de Saúde ao menos um local de encaminhamento para facilitar o atendimento ao trabalhador diurno. Na prática, o objetivo não foi cumprido até os dias atuais. Pretendeu-se a ampliação do horário de funcionamento das unidades, todavia sem aumento de recursos humanos. Em algumas unidades pontuais o projeto inicialmente deu certo, porém, aos poucos, tornou-se impossível manter o funcionamento devido à falta de profissionais, falta de demanda e desorganização do fluxo.

Em 2016, o quantitativo de dentistas efetivos era de 471, sem menção do quantitativo de THDs. Difícil imaginar como se daria a prática dos planos mencionados acima com um efetivo tão pequeno para a população do Distrito Federal.

Talvez, por esta razão, planejou-se ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal em mais 50 equipes, sendo 10 consistidas em 2016, 10 em 2017, 15 em 2018 e outras 15 em 2019. Ambicionou-se também a implantação de centros de especialidades odontológicas tipo III com equipagem e contratação de profissionais, a ampliação do número de CEOs Tipo II em 03 novos CEOs totalizando então o número de 14 CEOs (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Segundo o RAG de 2016, a cobertura populacional estimada pelas ESFs foi de 64,20%, bem próxima da meta pactuada de 65%. A cobertura populacional por ESB foi de 33,46%, superando a meta de 27%. A média de ação coletiva de escovação supervisionada foi de 0,39 superando a meta programada de 0,32.

O indicador proporção entre dentes extraídos e dentes restaurados apresentou um aumento significativo de 81,47%, percebendo-se um retrocesso significativo neste indicador. Segundo a área técnica, este resultado se deu em virtude de falhas nos registros pelas Equipes de Atenção Primária, onde são realizados a maioria dos procedimentos restauradores e preventivos. A justificativa utilizada foi de que as UPAs e Hospitais tiveram melhor e mais consistente acesso ao sistema de informação, sendo esses os locais onde predominam as exodontias (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Em 14 de janeiro de 2016, é publicado o Decreto nº 37.057, mudando a estrutura administrativa da SESDF. Criou-se a estrutura das Superintendências de Regiões de Saúde, Unidades de Referência Assistencial e Unidades de Referência Distrital.

Segundo o RAG de 2017, neste mesmo ano houve a nomeação de 64 dentistas, porém devidos as exonerações e aposentadorias, o aumento não foi significativo no quantitativo geral, passando de 472 para 513 dentistas efetivos ao final do ano (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

O indicador cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica teve meta pactuada para 2017 de 55%, e o resultado alcançado foi de 59,54%. Já o indicador cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal apresentou meta de 28%, que não foi atingida em totalidade, porém o resultado foi bem próximo, alcançando 27,71%.

O indicador Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada teve meta de 0,41%, com resultado de 0,47% no ano de 2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017a). Observa-se sempre metas baixas pactuadas para este indicador em virtude da dificuldade de se atingir resultados impactantes nesta área de prevenção, deixando claro a inversão, na prática, do modelo de atenção desejado para a APS.

O indicador da relação entre as exodontias e os procedimentos restauradores não foi citado no RAG de 2017.

É descrito no relatório que as Equipes de Saúde Bucal são responsáveis por seus territórios, realizando visitas em escolas e creches e realizando ações de educação em saúde, além dos atendimentos em consultório. É citado também a identificação dos grupos específicos por parte das ESBs como gestantes, diabéticos, hipertensos e pessoas com necessidades especiais. Os serviços de urgências odontológicas das UPAs e hospitais são descritos como disponíveis para as populações não cobertas por ESB. Após o atendimento emergencial, segundo o relatório, os pacientes são encaminhados para os CEOs para o tratamento necessário.

Na prática, o fluxo nunca aconteceu desta forma. A oferta do serviço emergencial das UPAs sempre foi limitado, visto que as unidades contavam com apenas 1 consultório odontológico, e ainda assim, nem sempre havia profissional disponível, principalmente nos turnos da noite e fins de semana. Nos hospitais, o foco é a atenção hospitalar e especializada, nem sempre conseguindo ofertar o acesso aos serviços de urgências de forma a suprir as necessidades da população. Observa-se então, uma necessidade de inversão do modelo na APS, onde as condições agudas e urgentes deveriam ser atendidas na própria APS, inclusive das áreas descobertas. Realidade encontrada até os dias atuais, levando ao apelido das UBSs de “Upinhas”.

Um ganho exponencial para a Odontologia neste período foi a elaboração dos Protocolos Odontológicos para APS de Prótese Dentária, Disfunção Temporomandibular, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Urgências Odontológicas, Odontopediatria, Odontologia na APS e Atendimento Odontológico a pessoas com deficiência.

No ano de 2017 foram publicadas as portarias SESDF nº 77 e nº 78 de 14/02/2017, que dispõe sobre a Política Distrital de Atenção Primária à Saúde. A portaria nº 77 estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do DF, fundamentada na Estratégia de Saúde da Família. Já a portaria nº 78 regulamenta o artigo 51 da portaria nº 77, de 2017, que disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo de Estratégia Saúde da Família e estabelece normas e prazos a serem cumpridos neste processo (o chamado “Converte”). O RAG se refere a estas portarias como “um marco do início do processo de mudança do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde Distrito Federal” (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Antes do “Converte”, as UBSs tradicionais ofertavam assistência de forma centrada no médico, com atuação limitada, fragmentada e desarticulada da enfermagem, da saúde bucal e da equipe multiprofissional, causando distorção das Redes de Atenção à Saúde e dificuldade de organização do modelo. A atenção ambulatorial especializada (nível secundário) estava extremamente frágil, distante da APS e sem regulação do acesso (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

A meta anual para cobertura populacional pela ESF em 2017 foi de 50%. Observa-se neste ano que o percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de ESFs aumentou consideravelmente alcançando 55,54%. Porém esse percentual de cobertura englobou as equipes consistidas e não consistidas (porém atuantes), enquanto que o percentual real era de 37,79% segundo o Sistema Estratégico de Planejamento (SESPLAN), considerando somente as equipes consistidas (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Não foi possível aumento do quadro de ACS na SES/DF pelo impedimento de novas contratações destes profissionais diante das questões jurídicas, levando a um total de 104 equipes atuando no modelo de Estratégia Saúde da Família com toda a composição exigida, excetuando-se o ACS (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal mudou o parâmetro aplicado para atenção à saúde bucal, passando de 1 equipe de saúde bucal para cada 2 equipes de saúde da família. Ou seja, 1 equipe de saúde bucal é responsável em média por 7.500 a 8.000 pessoas.

Em janeiro de 2017, o DF contava com 94 equipes cadastradas no SCNES, o que refletiria 23,60% de cobertura por saúde bucal. Em novembro de 2017, o DF contava com 101 equipes de saúde bucal cadastradas, com cobertura estimada de 27,71% (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

O RAG intitulou todo este processo como fortalecimento da Política de Atenção Primária no Distrito Federal, além de uma reorganização das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Mas cabe ressaltar, que este aumento de cobertura em saúde bucal se deu de forma maquiada, visto que a quantidade de oferta de serviços permaneceu praticamente a mesma, já que não houve aumento de recursos humanos. A oferta de serviços de uma ESB é limitada ao seu tempo de ação e ampliar sua quantidade de população adscrita não significa aumentar a quantidade de população assistida.

Ações relacionadas à captura dos dados junto às equipes da atenção primária foram realizadas no intuito de melhorar a alimentação dos sistemas de informação, com a realização de capacitações direcionadas à formação de multiplicadores para operacionalização e registro de informações no sistema, na tentativa de se minimizar a perda de registros (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

O ano de 2018 marcou o fim do Governo Rollemberg, e mais uma vez, observa-se relatórios elaborados de forma genérica e pouco específicos.

A cobertura populacional por equipes de saúde da família estimada para 2018, segundo o RAG 2018 foi de 70%, alcançando 67,81%. Importante ressaltar que esse indicador adotado pelo DF considera inclusive as equipes não consistidas pelo MS pela falta de alguma categoria profissional inerente às ESFs. Se forem consideradas apenas as ESFs consistidas, a cobertura é de apenas 39,39% (DISTRITO FEDERAL, 2019). A diferença entre esses valores irá mostrar a grande quantidade de equipes não consistidas com falta de profissional. Portanto, o questionamento sobre a efetividade e amplitude desta cobertura é inevitável.

O RAG de 2018 traz um resultado para o indicador de cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica de 32,39% frente a meta de 29%, superando em 11,69% a meta pretendida. Verifica-se 177 equipes vinculadas a uma Equipe de Saúde da Família. A Região de Saúde Norte registrou uma cobertura de 43,35%, seguida das Regiões de Saúde Leste (37,99%), Centro-Sul (36,31%), Sul (33,19%), Oeste (31,77%), Sudoeste (30,59%) e Central (17,68%) (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Esses dados percentuais tratam de uma cobertura de 2 ESFs por cada ESB, levando à superação da meta de cobertura sem expressivas novas nomeações de servidor e sem ampliação

da oferta de serviços. Em 2018 vai ser publicada a Linha Guia de Saúde Bucal do DF, na tentativa de normatização e organização do processo de trabalho da Odontologia como um todo, abordando as mudanças trazidas pelas novas portarias nº 77 e 78, publicadas em 2017.

A Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi abordada pelo RAG 2018 de forma camuflada relatando que o indicador fechou o ano de 2018 dentro do esperado para a meta pretendida, com alcance de 95,24% da meta pactuada. Assim, tem-se a impressão de um registro, porém, trazendo às claras, a meta pactuada para 2018 foi de 0,42%, apenas 0,1 ponto percentual acima da meta de 2017. Porém alcançou o resultado de 0,40, valor ainda menor que os 0,47 alcançados em 2017.

Estes números mostram uma queda de 0,7% no indicador em apenas um ano, já gerando reflexos do processo de reorganização da Atenção Primária. O aumento da população adscrita das ESBs gerou um aumento no acesso aos serviços, o que não significou aumento da cobertura. Muito provavelmente, para suprir a necessidade de tempo em consultório as ESBs tiveram que reorganizar seus processos de trabalho, diminuindo o tempo dedicado às ações preventivas. Esta hipótese deverá ser comprovada pelos números de atendimentos e procedimentos clínicos que provavelmente estarão aumentados neste período, com uma queda no quantitativo dos procedimentos preventivos, uma vez que a capacidade de trabalho da mão de obra permaneceu a mesma.

Mesmo com a pactuação com a maioria dos servidores odontólogos para o correto registro das ações de escovação, bem como o correto monitoramento da distribuição dos kits de higiene bucal, ainda assim, houve diminuição do percentual das ações preventivas.

O ano de 2018 apresentou capacitação dos profissionais voltada o Atendimento odontológico à Pessoa com Deficiência (PcD) na Atenção Primária à Saúde, no âmbito da SES/DF, tendo como público alvo os profissionais de Saúde Bucal, Cirurgiões Dentistas (CD) e THDs a fim de atualizar e qualificar os servidores de Saúde Bucal para o melhor atendimento à PcD.

Período 2019 – 2022

O ano de 2019 marca o início da gestão do Governador Ibaneis. Os relatórios da gestão mostram os inúmeros desafios encontrados para o fortalecimento da APS. Condiciona a expansão da Estratégia Saúde da Família a um conjunto de fatores como a expansão ordenada e gradual das ESFs e das ESBs, a organização de seus processos de trabalho, as reformas necessárias nas unidades existentes e a construção de novas UBSs e também pela conversão do

modelo de atenção praticado em Centros de Saúde, de forma que passem a alocar ESF e ESB (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Observa-se um texto responsável, com mensagens nas entrelinhas para um bom entendedor e conhecedor da realidade da APS e das ações da Política anterior. O RAG 2019 vai afirmar que a expansão da ESF evolui concomitantemente com a qualificação da APS, nos níveis central, regional e local do SUS/DF, com vistas à reestruturação e hierarquização das ações e serviços ofertados (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Em suma, é um processo lento, que deve ser construído de forma sólida, e não às pressas, de forma intempestiva. A conversão do modelo está muito mais associada à mudança do processo de trabalho e aos paradigmas construídos ao longo do tempo do que em coberturas populacionais fictícias.

A meta para 2019 para cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família foi de 75%, alcançando o índice de 44,88%, com queda de 33,8% em relação ao ano de 2018 (67,8%). No início de 2019 a SES-DF possuía 546 equipes de atenção primária e finalizou o ano com 484 equipes. Embora tenha havido convocação de nove médicos de família, apenas quatro assumiram. Também não houve autorização para contratação de ACS em regime temporário, ficando como perspectiva para 2020 (DISTRITO FEDERAL, 2019).

O indicador cobertura populacional de saúde bucal na Atenção Básica foi de 31,85% diante da meta de 30%, superando a meta pactuada (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Conforme descrito no relatório, a queda das equipes de saúde da família teve, como consequência, a desabilitação das ESBs, tornando-se necessário tentar vincular o maior número de ESB a uma ESF, além de conceder 40h aos servidores com potencial de composição de equipes. Sugere-se também um maior monitoramento da produção e o lançamento correto dos dados por parte do servidor assistencial, a fim de se evitar o descredenciamento das Equipes de Saúde Bucal por falta de alimentação do sistema de informação (DISTRITO FEDERAL, 2019).

A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada atingida foi de 0,41%, frente a meta de 0,43% (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Ficou registrado no relatório a necessidade de se elaborar um Guia de padronização do registro dos procedimentos odontológicos realizados nos sistemas Track Care (Atenção Secundária) e E-sus (Atenção Primária), com vistas ao lançamento de dados fidedignos para um melhor acompanhamento e monitoramento das ações e procedimentos de Odontologia. Também foi citado bom resultado na assistência odontológica prestada aos portadores de deficiência, com aumento de procedimentos odontológicos para esta população (DISTRITO

FEDERAL, 2019). Resta saber se houve aumento do acesso deste público ou apenas mudança na forma de lançamento dos dados de forma que se tornou possível extratificar e contabilizar os procedimentos realizados neste tipo de paciente.

O RAG 2019 foi finalizado com os planos para o ano de 2020 ambicionando, mais uma vez, o fortalecimento da APS como porta de entrada e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, com a ampliação das equipes da Atenção Primária à Saúde (ESF, ESB, NASF), a qualificação dos vínculos dos usuários às equipes, a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, a priorização das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, entre outras iniciativas.

5.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DF

5.2.1 Processo de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal no DF

O estudo minucioso do *corpus* desta dissertação juntamente com a análise dos principais acontecimentos que impactaram na construção do modelo de atenção à saúde do Brasil e do DF proporcionaram a construção de uma linha do tempo com os principais marcos e acontecimentos políticos que tiveram influência direta ou indireta no processo de construção do atual modelo de atenção à saúde bucal do DF (figura 4).

Após a análise dos documentos, inicialmente, um fato que deve ser destacado foi à inserção da Odontologia na saúde pública do DF que ocorreu apenas em 1979. Ou seja, 19 anos após a implantação do primeiro plano de saúde do DF, denominado de Bandeira de Melo.

Em 1994, o Brasil adotou como porta de entrada do modelo de atenção à saúde a filosofia da “saúde da família”. Apesar de tal avanço no campo da Atenção Primária em Saúde, verificou-se que a Odontologia só foi inserida oficialmente como parte integrante da saúde da família no ano 2000.

Em 2004, a Política Brasil Sorridente marcou definitivamente no Brasil a relevância da saúde bucal na construção do modelo de atenção à saúde, pois começava a tratar a saúde a partir do seu conceito amplo, como está descrito na Constituição Brasileira desde 1988.

Com o passar dos anos surgiu à necessidade de reorganização e modificações no modelo de atenção à saúde e, em 2006, no lançamento da PNAB, observou-se o empenho do Governo Federal ao inserir a Odontologia na APS, ao descrever no documento as atribuições das equipes de saúde bucal na tentativa de gerir o processo de trabalho dos profissionais.

Em 2008, publicou-se o Caderno de Saúde Bucal (nº 17), voltado exclusivamente para os profissionais de saúde bucal, e também o Manual de Especialidades de Saúde Bucal que teve um olhar voltado para a média complexidade (atenção secundária), na tentativa de organizar os fluxos e nortear as ações da Odontologia dentro da rede de saúde.

Desde a instituição da estratégia saúde da família pelo Governo Federal como modelo a ser seguido por todos os estados e municípios do país, observa-se os esforços do DF para se adequar ao modelo proposto, mesmo diante de todas as dificuldades já destacadas neste estudo.

Percebe-se uma lacuna relevante entre os anos de 1994 a 2007 sem o devido posicionamento do DF acerca da saúde bucal, voltada para as dificuldades específicas da região, principalmente no que se refere ao pequeno contingente de recursos humanos.

Em 2011, o GDF adotou uma política de valorização do servidor público e realizou a maior nomeação de profissionais de Odontologia do DF, com um aumento expressivo do quantitativo de recursos humanos da especialidade, oferecendo a oportunidade de realmente impactar nos números e indicadores de saúde, assim como na saúde bucal da população.

Em relação à Odontologia Hospitalar, somente em 2011 esta foi regulamentada. Em 2013, tal serviço passou a ser ofertado nas Unidades de Tratamento Intensivo do DF de forma normatizada e oficial.

Em 2017, a publicação da portaria SESDF nº 77 e 78, de 14 de fevereiro, trouxe todo um processo de reorganização dos processos de trabalho da APS com o objetivo de fortalecer a Estratégia Saúde da Família e consolidá-la como porta de entrada do modelo de atenção à saúde do DF. Neste documento, a cada equipe de saúde bucal (composta por 1 CD e 1 THD) foi dada a responsabilidade de até 2 ESFs, o que legitimou a responsabilidade da ESB para uma população correspondente ao dobro da preconizada pela PNAB (SANTOS *et al*, 2021).

Em 12 de abril de 2018, em âmbito local, foi publicada a portaria SESDF nº 341 com o objetivo de reger a assistência à saúde bucal no DF e sua organização na atenção primária. A portaria menciona a importância da classificação de risco para o acolhimento dos casos urgentes e enfatiza que o primeiro atendimento deve ser realizado nas UBSs independentemente do número de consultas agendadas. É mencionado o percentual mínimo de 50% dos horários das ESBs destinados ao atendimento da demanda espontânea (DISTRITO FEDERAL, 2018b).

No ano de 2018 também foi elaborada a Linha Guia de Saúde Bucal do DF, que surgiu da “necessidade de reorganizar os níveis de atenção em saúde bucal do DF, com base no gerenciamento otimizado e na eficiência das Redes de Atenção à Saúde”. O documento mencionava que a portaria SESDF nº 77 “redefiniria normas e diretrizes da Atenção Primária,

com vista a maior homogeneidade na sua organização e estruturação, seguindo o modelo de Estratégia Saúde da Família, em coerência com a lógica das Redes de Atenção à Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde” (p.9) (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

Ainda no ano de 2018, foi publicado em âmbito nacional pelo MS, o material “A saúde bucal no SUS” que trazia uma versão compilada e atualizada do Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal (2006) e do Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2008), com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde bucal, principalmente no setor da APS, fortalecendo seu papel fundamental como eixo ordenador da RAS, visando uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, e que atenda às necessidades da população (BRASIL, 2018).

Esse material trouxe orientações divergentes da portaria nº 77 do DF e da Linha Guia de Saúde Bucal do DF no que tange a estrutura operacional das equipes de saúde bucal. O MS reforçou a necessidade de uma ESB para cada 3.000 habitantes, não devendo ultrapassar o limite máximo de 4.000 pessoas para equipes com carga horária de 40 horas semanais. Além disso, também deixou explícita a necessidade de equiparação entre o número de ESB e de ESF para que possam ser desenvolvidos os princípios da vigilância e da promoção de saúde (BRASIL, 2018).

A Linha Guia de Saúde Bucal do DF passou a ser, até os dias atuais, o principal documento norteador do modelo de atenção em saúde bucal, detalhando a organização da rede e dos fluxos para todos os níveis de atenção.

Descreve as UPAs como unidades de atendimento das urgências odontológicas, apoiando as UBSs neste serviço, todavia na prática, a realidade tem se mostrado diferente. Determinadas UPAs do DF fecharam seus consultórios odontológicos, enquanto outras diminuíram o quantitativo de recursos humanos de Odontologia após o IGESDF assumir a gestão terceirizada destas unidades. Desta forma, as UPAs do DF contabilizaram uma parcela pouco significativa no quantitativo total de urgências odontológicas atendidas, ficando a carga das UBSs, dos CEOs e hospitais a maior parte destes atendimentos de urgência.

Segundo o documento, a **Atenção Básica** deve assumir a responsabilidade de porta de entrada do sistema, com o acolhimento do usuário, realização de escuta qualificada e a classificação de risco da situação do indivíduo. Assim, o profissional tem a liberdade de organizar sua agenda, de modo a conseguir acolher as demandas agudas urgentes, de modo que, se necessário, deverá diminuir os atendimentos programados para suportar a demanda aguda espontânea e as demandas classificadas como prioridade (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

As orientações abrangem a organização das equipes da APS, que deverão ter 15 a 25% de sua disponibilidade voltada para ações e atividades coletivas de promoção de saúde, e 85% para atendimento clínico individual. Além disso, as equipes deverão se organizar para reservarem espaços nas agendas para visitas domiciliares, reuniões de equipe e matriciamento. As ESBs também terão como meta oferecer a primeira consulta odontológica programática para 100% das gestantes cadastradas e 100% das crianças de 0 a 36 meses, e, também, a meta de atingir o percentual de 0 cárie nas crianças nascidas em 2018 (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

A **atenção secundária** ambulatorial em saúde bucal, prestada por meio dos CEOs, tem seu financiamento por meio de repasse Federal de acordo com o cumprimento das metas de produção mínima. Entre as atividades executadas neste nível de atenção estão: diagnóstico de lesões bucais, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com deficiência.

Este nível de atenção executa procedimentos de maior densidade tecnológica com referência e contrarreferência reguladas, geralmente pelo SIREG, tendo por base a APS como direcionadora da demanda. O objetivo é que as equipes de APS realizem o encaminhamento para as referências e acompanhem o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado, retomando o acompanhamento desse usuário após o término desse tratamento e estabelecendo a integralidade do cuidado (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

A Linha Guia descreve como meta a comunicação de todos os pontos de atenção da rede com a implementação do registro eletrônico em saúde para avançar no desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente.

Em 2016, quando a APS iniciou o uso do sistema e-SUS AB, houve um rompimento importante na integração das informações do prontuário eletrônico dos pacientes, pois a APS passou a utilizar um sistema (e-SUS AB) diferente da atenção especializada (SIASUS). E, ainda, as unidades terceirizadas, como o HBDF, utilizaram um terceiro sistema de informação específico do IGESDF, sendo que nenhum deles é integrado, dificultando o acesso e compartilhamento de informações entre os diferentes níveis de atenção.

No ano de 2019, o Governo Federal instituiu o PREVINE Brasil, modificando a forma de financiamento da saúde pública do país, condicionando o repasse financeiro ao alcance das metas de determinados indicadores de saúde. Entre os indicadores de saúde, ficou estabelecido que o único indicador de saúde bucal com influência direta no repasse federal seria a primeira consulta odontológica programática para gestantes.

Avançando um pouco além da linha temporal selecionada para este estudo (2009 a 2019), com o objetivo de manter os resultados desta pesquisa atualizados, no transcorrer da realização desta dissertação, duas importantes normativas para a Odontologia foram publicadas.

Em 2020, ocorreu a desvinculação das ESBs de suas respectivas ESFs, por meio da portaria nº 99 de 07 de fevereiro de 2020. Este documento trouxe a redefinição do registro das equipes da APS. Sendo assim, as equipes de saúde bucal não mais faziam parte da composição das ESFs. As ESBs passaram a ter, então, um INE (Número de Identificação Nacional de Equipes) próprio, já não mais utilizando o mesmo INE da ESF a qual estava vinculada (DISTRITO FEDERAL, 2020).

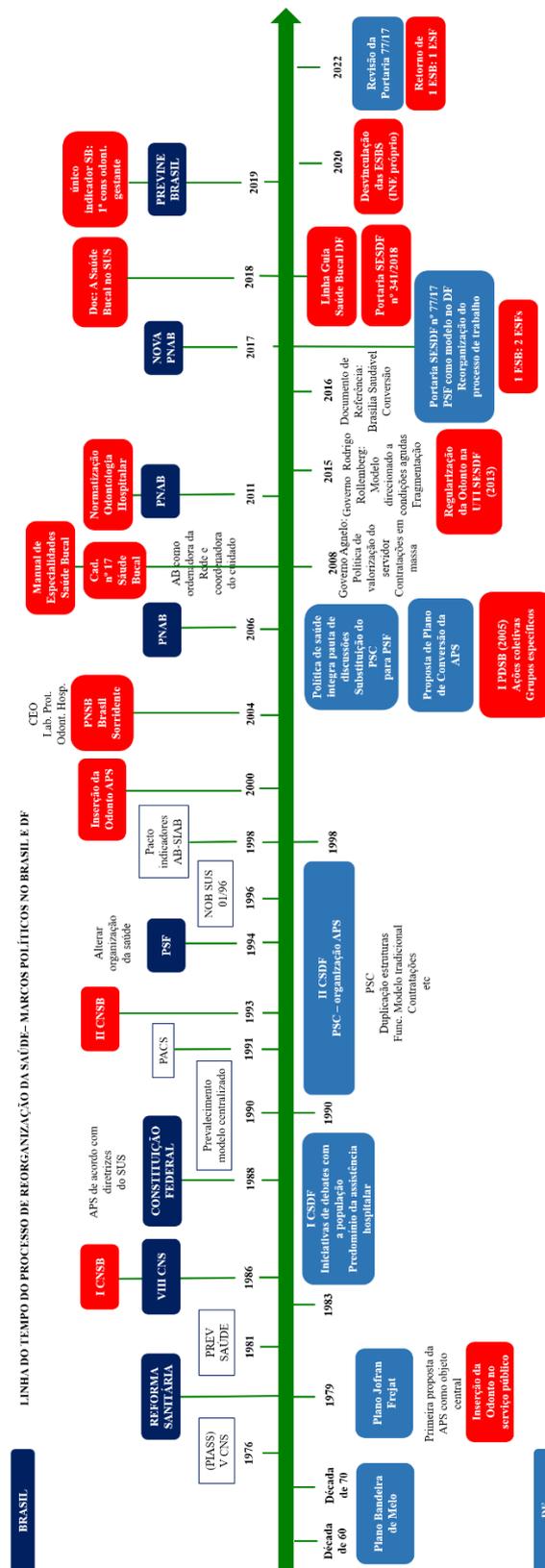
Esta desvinculação ocasionou em uma independência administrativa para o cirurgião dentista, porém, também agregou obrigações como a realização de relatórios e a responsabilidade de alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação da área odontológica, passando o dentista a assumir o papel de coordenador da equipe de saúde bucal. As ESBs passaram a trabalhar com territórios adstritos, porém, sem qualquer vínculo com as ESFs, o que gerou uma desagregação do processo de trabalho e um verdadeiro retrocesso no avanço da tão sonhada interação da Odontologia com os demais setores da saúde dentro da APS (SANTOS *et al*, 2021).

No ano de 2022 foi publicada a portaria nº 114 de 10 de fevereiro, trazendo a revisão da portaria nº 77 de 2017, onde as ESBs passam a ter como referência, ainda que somente na teoria, uma única ESF, revogando assim o conteúdo da portaria nº 77. Apesar de na prática ser inviável a cobertura 1ESB:1ESF, fica explícito que a portaria publicada anteriormente em 2017, apenas camuflava a baixa cobertura de saúde bucal do DF, ratificando os resultados encontrados neste estudo.

Além disso, reforçou o conteúdo da portaria nº 341/2018, mencionando a possibilidade de ESB composta por profissionais com carga horária de apenas 20h semanais, em caráter excepcional e temporário. Na prática, a decisão não mudou a realidade de atendimento das ESBs, pois a população das ESFs sem cobertura em saúde bucal continua sendo acolhida pelas ESBs no atendimento de urgências, pré-natal odontológico, PcDs, crianças etc. (DISTRITO FEDERAL, 2022a).

Todos os marcos na atenção à saúde bucal do DF foram organizados de forma didática na linha do tempo apresentada na figura 4, cumprindo com a proposta do objetivo específico número 1 deste trabalho.

Figura 4 - Linha do tempo do processo de reorganização da saúde no Brasil e no DF.

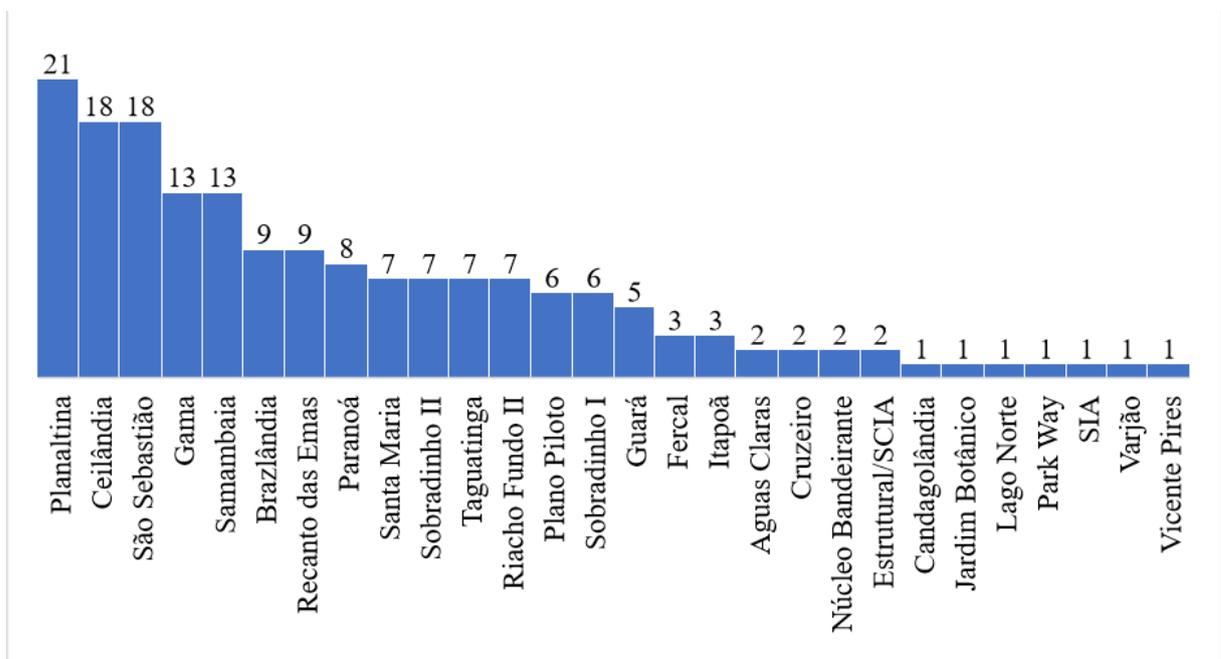


Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.2 Caracterização da rede de atenção à saúde bucal no DF

O Distrito Federal é dividido em 7 regiões de saúde: Central (ou Centro-norte), Centro-sul, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte e Leste. Seu território é dividido atualmente em 33 regiões administrativas de saúde e possui 390 estabelecimentos de saúde – entre unidades básicas, hospitais, farmácias, hemocentro etc. O total de unidades básicas de saúde é de 175 (gráfico 1) e apenas 4 regiões administrativas (Arniqueira, Sol Nascente/Pôr do sol, Sudoeste/Octogonal e Lago Sul) ainda não possuem essa infraestrutura (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

Gráfico 1 – Quantidade de UBSs por Região Administrativa do DF.



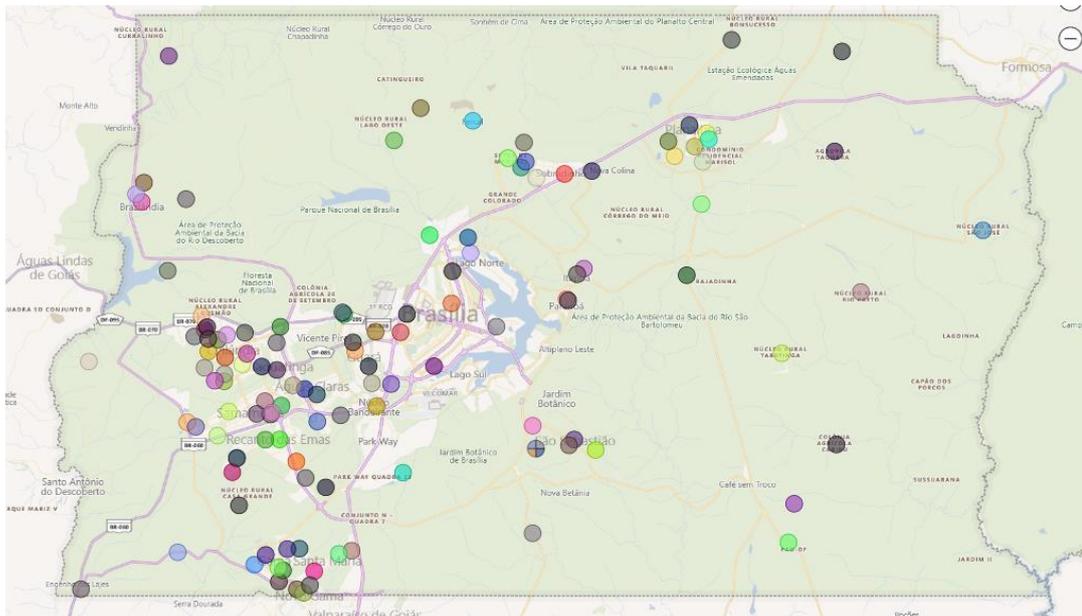
Fonte: Elaborado pela autora (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

A Odontologia está presente nos 3 níveis de Atenção: Primária (UBSs), Secundária (CEOs e Policlínicas) e Terciária (hospitais), conforme ilustrado nas figuras 5, 6 e 7.

Na **Atenção Primária**, dos 175 estabelecimentos do DF, apenas 120 apresentam consultórios de Odontologia (figura 5), restando 55 UBSs sem disponibilidade de atendimento odontológico em sua carteira de serviços.

A população destas UBSs descobertas é referenciada para as unidades com cobertura de saúde bucal, o que colapsa a rede, aumentando a demanda e desorganizando o processo de trabalho das equipes.

Figura 5 – Distribuição das UBSs do DF com equipes de saúde bucal.



Fonte: sala de situação www.infosaude.gov.br (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| ● UBS 1 - Águas Claras | ● UBS 10 - Santa Maria | ● UBS 2 - Paranoá | ● UBS 5 - Asa Norte | ● UBS 8 - Samambaia |
| ● UBS 1 - Asa Norte | ● UBS 11 - Ceilândia | ● UBS 2 - Planaltina | ● UBS 5 - Brazlândia | ● UBS 8 - Taguatinga |
| ● UBS 1 - Asa Sul | ● UBS 11 - Planaltina | ● UBS 2 - Recanto das Emas | ● UBS 5 - Ceilândia | ● UBS 9 - Ceilândia |
| ● UBS 1 - Brazlândia | ● UBS 11 - Samambaia | ● UBS 2 - Riacho Fundo I | ● UBS 5 - Gama | ● UBS 9 - Gama |
| ● UBS 1 - Candangolândia | ● UBS 11 - São Sebastião | ● UBS 2 - Samambaia | ● UBS 5 - Paranoá | ● UBS 9 - Planaltina |
| ● UBS 1 - Ceilândia | ● UBS 12 - Ceilândia | ● UBS 2 - Santa Maria | ● UBS 5 - Planaltina | |
| ● UBS 1 - Cruzeiro | ● UBS 12 - Gama | ● UBS 2 - Sobradinho | ● UBS 5 - Riacho Fundo II | |
| ● UBS 1 - Estrutural | ● UBS 12 - Planaltina | ● UBS 2 - Sobradinho II | ● UBS 5 - Samambaia | |
| ● UBS 1 - Fercal | ● UBS 12 - Samambaia | ● UBS 2 - Taguatinga | ● UBS 5 - Santa Maria | |
| ● UBS 1 - Gama | ● UBS 13 - Ceilândia | ● UBS 3 - Asa Norte | ● UBS 5 - São Sebastião | |
| ● UBS 1 - Guará | ● UBS 13 - Planaltina | ● UBS 3 - Brazlândia | ● UBS 5 - Sobradinho II | |
| ● UBS 1 - Itapoã | ● UBS 14 - Ceilândia | ● UBS 3 - Ceilândia | ● UBS 5 - Taguatinga | |
| ● UBS 1 - Jardins Mangueiral | ● UBS 14 - Planaltina | ● UBS 3 - Gama | ● UBS 6 - Brazlândia | |
| ● UBS 1 - Lago Norte | ● UBS 15 - Planaltina | ● UBS 3 - Guará | ● UBS 6 - Ceilândia | |
| ● UBS 1 - Núcleo Bandeirante | ● UBS 16 - Ceilândia | ● UBS 3 - Planaltina | ● UBS 6 - Gama | |
| ● UBS 1 - Paranoá | ● UBS 16 - Planaltina | ● UBS 3 - Recanto das Emas | ● UBS 6 - Paranoá | |
| ● UBS 1 - Park Way | ● UBS 17 - Ceilândia | ● UBS 3 - Samambaia | ● UBS 6 - Samambaia | |
| ● UBS 1 - Recanto das Emas | ● UBS 17 - Planaltina | ● UBS 3 - Santa Maria | ● UBS 6 - Santa Maria | |
| ● UBS 1 - Riacho Fundo I | ● UBS 19 - Planaltina | ● UBS 3 - São Sebastião | ● UBS 6 - Sobradinho | |
| ● UBS 1 - Riacho Fundo II | ● UBS 2 - Águas Claras | ● UBS 3 - Sobradinho | ● UBS 6 - Taguatinga | |
| ● UBS 1 - Santa Maria | ● UBS 2 - Asa Norte | ● UBS 3 - Sobradinho II | ● UBS 7 - Brazlândia | |
| ● UBS 1 - São Sebastião | ● UBS 2 - Brazlândia | ● UBS 3 - Taguatinga | ● UBS 7 - Ceilândia | |
| ● UBS 1 - Sobradinho | ● UBS 2 - Ceilândia | ● UBS 4 - Gama | ● UBS 7 - Recanto das Emas | |
| ● UBS 1 - Sobradinho II | ● UBS 2 - Cruzeiro | ● UBS 4 - Guará | ● UBS 7 - Samambaia | |
| ● UBS 1 - Taguatinga | ● UBS 2 - Estrutural | ● UBS 4 - Planaltina | ● UBS 7 - Taguatinga | |
| ● UBS 1 - Varjão | ● UBS 2 - Fercal | ● UBS 4 - Recanto das Emas | ● UBS 8 - Ceilândia | |
| ● UBS 10 - Ceilândia | ● UBS 2 - Gama | ● UBS 4 - Riacho Fundo II | ● UBS 8 - Paranoá PAD/DF | |
| ● UBS 10 - Planaltina | ● UBS 2 - Guará | ● UBS 4 - Samambaia | ● UBS 8 - Planaltina | |
| ● UBS 10 - Recanto das Emas | ● UBS 2 - Itapoã | ● UBS 4 - Sobradinho II | | |
| ● UBS 10 - Santa Maria | | | | |

A Região Central é composta pelo Plano Piloto (Asa Sul e Asa Norte), Cruzeiro, Lago Norte e Varjão. Possui 9 unidades básicas de saúde. Todas as UBSs possuem atendimento odontológico em sua carteira de serviços ofertada à população. Apresentam um quantitativo geral de 74 cirurgiões dentistas, totalizando 2.620 horas e 71 THDs com 1.800 horas de trabalho desta categoria (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

A Região Centro-Sul é composta por Candangolândia, Estrutural, Guará, Núcleo Bandeirante, Park Way e Riacho Fundo I e II. Possui 20 unidades básicas de saúde, das quais 14 possuem atendimento odontológico. A Odontologia é composta por 48 dentistas (1.660 horas) e 43 THDs (1.500 horas) (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

A Região Leste é composta por Itapoã, Jardins Mangueiral, Jardim Botânico, Paranoá e São Sebastião. São 30 UBSs no total, sendo que apenas 12 possuem atendimento odontológico. As equipes de saúde bucal possuem um quantitativo de 51 dentistas na região Leste, totalizando 1.660 horas; e 54 THDs com total de 1.700 horas de trabalho (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

A Região Norte é constituída por Planaltina, Sobradinho I e II e Fercal. Possui o maior número de unidades básicas de saúde, apresentando um total de 37, das quais 26 possuem atendimento odontológico realizado por equipe composta de 64 dentistas e 85 THDs, com 2.420 e 2.820 horas de trabalho por categoria, respectivamente (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

A Região Oeste é composta por Ceilândia e Brazlândia. Apresenta 27 unidades básicas de saúde, das quais 21 possuem atendimento odontológico. Nesta região está localizada a Ceilândia que é a cidade satélite mais populosa do DF. São 83 dentistas e 99 THDs compondo as equipes de saúde bucal, perfazendo um total de carga horária de 2.720 e 3.020 horas por categoria, respectivamente (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

A Região Sudoeste é a mais populosa em sua totalidade, abrangendo Águas Claras, Recanto das Emas, Taguatinga, Vicente Pires e Samambaia, a segunda mais populosa cidade satélite do DF. Possui 32 unidades básicas de saúde, com 24 UBSs ofertando atendimento odontológico à população. A Odontologia pública da região conta com 117 dentistas (3.860 horas) e 125 THDs (3.740 horas), totalizando a região com maior recurso humano voltado para a saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 2022b).

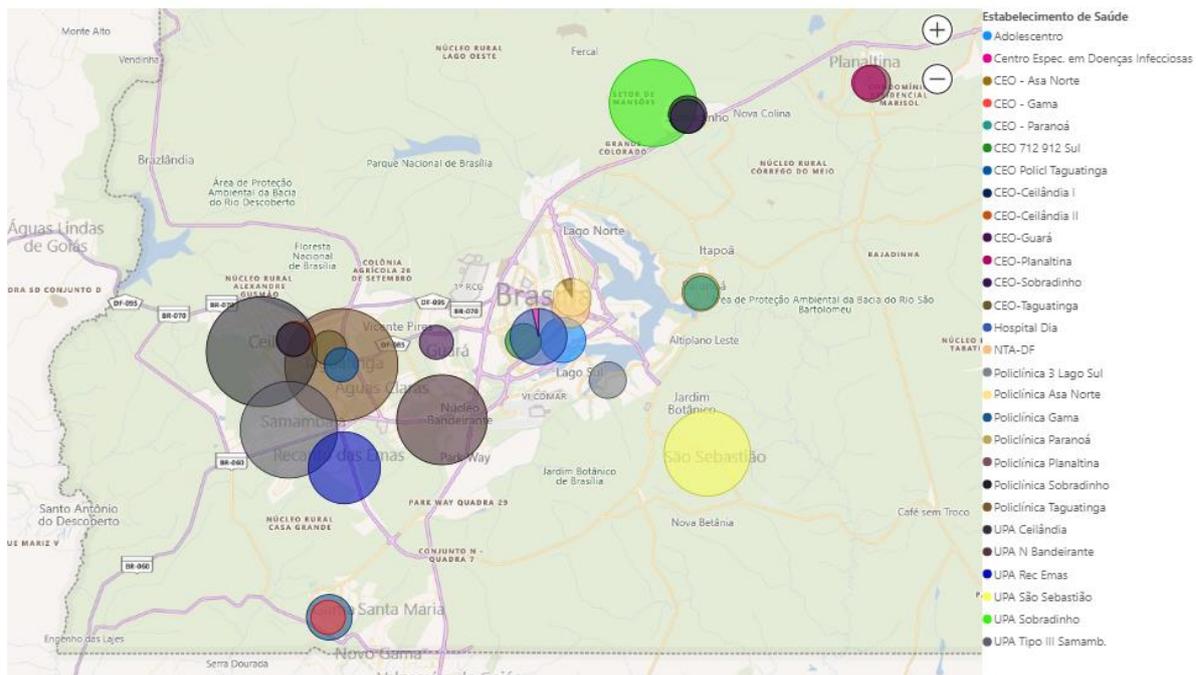
A Região Sul é composta pelo Gama e Santa Maria. Apresenta 20 unidades básicas de saúde com atendimento odontológico em 14 unidades. São 58 dentistas e 68 THDs (1.880 e 2.140 horas, respectivamente).

A **Atenção Secundária** oferece serviços nas especialidades de Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Ortodontia/Ortopedia, Estomatologia e Disfunção

Temporomandibular. As especialidades Odontologia para Pacientes Especiais e Odontopediatria dão suporte para os casos mais complexos que não são resolvidos na APS.

No DF há 28 estabelecimentos de saúde com oferta de serviços odontológicos que compõem a rede de Atenção secundária, conforme ilustrado na figura 6.

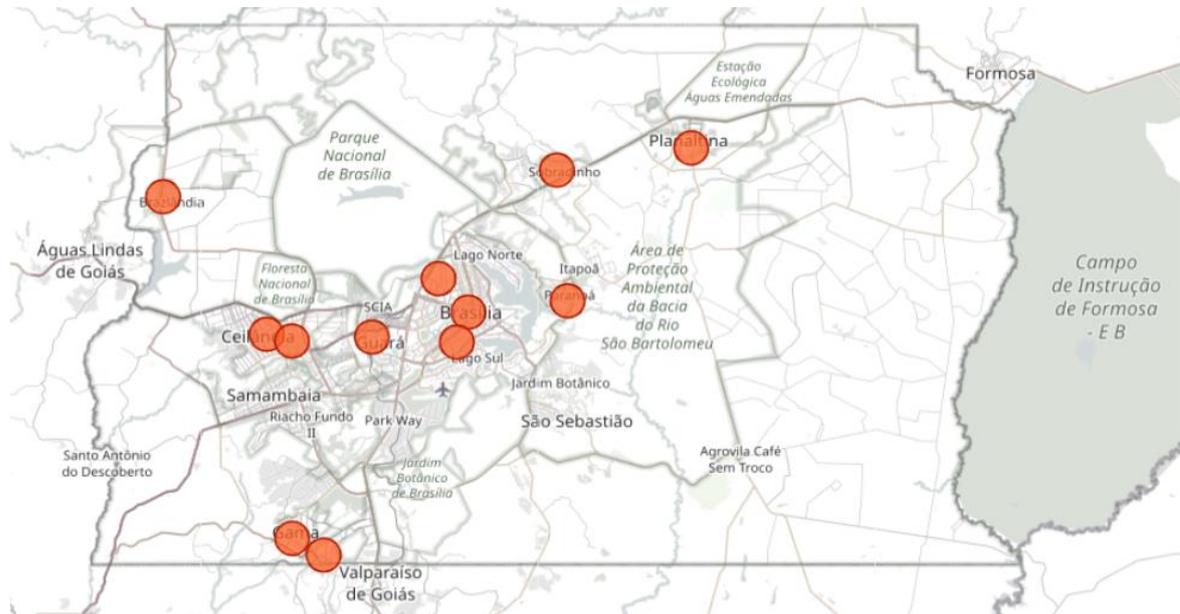
Figura 6 – Distribuição das unidades de Atenção Secundária do DF com equipes de saúde bucal.



Fonte: sala de situação www.infosaude.gov.br

A rede de **Atenção Terciária** é composta por hospitais e, atualmente, no DF nem todos possuem equipes de saúde bucal. Até o ano de 2019, 15 hospitais ofertavam serviços odontológicos (figura 7): HRAN (Hospital Regional da Asa Norte), HRG (Hospital Regional do Gama), HBDF (Hospital de Base do Distrito Federal), HRT (Hospital Regional de Taguatinga), HRC (Hospital Regional de Ceilândia), HRSM (Hospital Regional de Santa Maria), HRBz (Hospital Regional de Brazlândia), HRL (Hospital Regional de Paranoá), HMIB (Hospital Materno Infantil de Brasília), HRGu (Hospital Regional de Guará), HRPI (Hospital Regional de Planaltina), HUB (Hospital Universitário de Brasília), HRS (Hospital Regional de Sobradinho), HAB (Hospital de Apoio de Brasília), HCB (Hospital da Criança de Brasília). O HRSam (Hospital Regional de Samambaia) passou a ter equipe de saúde bucal somente no ano de 2020.

Figura 7 – Distribuição dos hospitais do DF com equipes de saúde bucal.



Fonte: sala de situação www.infosaude.gov.br (2022).

5.2.3 Oferta de serviços odontológicos no DF – 2009 a 2019

Para finalizar o cumprimento dos objetivos específicos deste estudo serão apresentadas informações provenientes dos dados extraídos dos Sistemas de Informação da SESDF. Para este fim foram utilizados os dados dos sistemas SIASUS e SISAB.

É importante citar que no próprio SIASUS, ao se extrair os dados, consta a seguinte informação no rodapé das tabelas (DISTRITO FEDERAL, 2022b):

A informação relativa à produção da APS (Atenção Primária em Saúde) demonstrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) deve ser considerada oficialmente até a competência de agosto de 2017. A partir de setembro de 2017 apresentou progressiva diminuição, zerando totalmente a partir da competência de outubro de 2018. Tal fato se justifica pela publicação da Portaria-GM/MS nº 2.148, de 28 de agosto de 2017. Dessa forma, desde setembro de 2017, a produção da APS passou a ser registrada oficialmente no Sistema e-SUS AB, de forma que a coleta de dados esteja inserida no escopo de atividades dos profissionais de saúde, facilitando o processo de trabalho das equipes e permitindo maior segurança dos dados e informações, com conseqüente encerramento gradativo do envio de dados para o SIA.

Sendo assim, a busca dos dados referentes aos anos 2009 a 2015 foi realizada exclusivamente pela fonte SIASUS, onde ficaram armazenadas as informações da Atenção

Primária, Secundária e Terciária neste mesmo sistema. A partir de 2016, os dados foram extraídos de duas fontes: SIASUS (para levantamento dos dados da Atenção Especializada) e do SISAB (para levantamento dos dados da Atenção Básica). A soma do quantitativo das duas fontes gerou os dados das equipes de saúde bucal referentes aos anos de 2016 a 2019.

Ressalta-se a imensa dificuldade na captação dos dados via SISAB, que se mostrou lento e sempre fora do ar por meses. O SIASUS, ao contrário, utiliza a ferramenta TABNET, e apresentou um maior grau de facilidade e acesso, além de ser ágil em gerar as informações selecionadas.

Os dados dos indicadores foram coletados exclusivamente pela autora e conferidos três vezes para que fossem validados. Tal processo ocorreu em dias diferentes, para exclusão de possíveis erros no momento da geração das tabelas.

Destaca-se que os dados secundários captados pela autora do estudo apresentaram valores diferentes dos dados registrados nos relatórios anuais de gestão do DF, assim como, também foram diferentes dos números fornecidos pela Gerência de Odontologia.

Ação Coletiva de Escovação Supervisionada

Segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP, 2022), este indicador é toda escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas, realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. A ação é registrada por usuário participante da ação.

Ao descrever a ação coletiva de escovação dental supervisionada, a portaria nº 3.840/2010 estabeleceu que o registro dos participantes deverá ser feito “por usuário por mês, independente da frequência (...) com que o usuário participou da ação”. Por essa razão, o número de indivíduos participantes da ação coletiva de escovação dental supervisionada, em cada mês, deve ser registrado qualquer que seja a modalidade, direta ou indireta, ou a frequência de realização da ação (BRASIL, 2010b).

Em 31 de agosto de 2017, foi publicada pelo MS, uma Nota Técnica exclusivamente voltada para este indicador, na tentativa de esclarecimentos sobre a forma de lançamento, objetivos, cálculos, etc. A portaria diz que este indicador tem a finalidade de fortalecimento da Atenção Básica e o objetivo de aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal (BRASIL, 2017).

O método de cálculo é o número de pessoas participantes da ação em determinado período e lugar, dividido pelo quantitativo da população desse mesmo local e período, multiplicado por 100 (BRASIL, 2017).

A Nota Técnica assinala, ainda que:

É oportuno, portanto, reiterar a “limitação” do indicador (...). Mas, sendo a escovação dental supervisionada, uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar o perfil da atenção em saúde bucal (p. 4).

Os números registrados nos sistemas de informação para o indicador Ação Coletiva de Escovação Supervisionada no DF podem ser observados no gráfico 2, onde constam todos os lançamentos, referentes aos anos de 2009 a 2019, em todos níveis de Atenção.

Gráfico 2 – Quantitativo de indivíduos que participaram de ação coletiva de escovação supervisionada no DF – 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

Percebe-se um gráfico oscilante, sem constância na variação dos números. Inicia-se com um registro homogêneo para os anos de 2009 e 2010, em torno de 45.000 escovações por ano. Percebe-se uma leve queda nos anos seguintes, de 2011 e 2012, período em que o GDF adotou

uma política de valorização do servidor e realizou várias contratações, conforme já descrito anteriormente. O quantitativo baixou em mais de 11.000 escovações/ano, enquanto esperava-se um acréscimo, mesmo que sutil, devido aumento do número de profissionais de saúde bucal.

Em 2013, ocorreu um aumento muito expressivo do quantitativo em mais de 150.000 escovações, podendo ser o reflexo tardio das contratações e da política de incentivo do aumento dos indicadores.

Já no ano seguinte, 2014, observa-se uma queda no quantitativo deste indicador a um valor menor que a metade se comparado ao ano anterior, caindo de 183.874 para 75.772 escovações. É importante citar que, até o ano de 2013, todos os procedimentos odontológicos da APS eram registrados de forma manual nos formulários de papel (BPA - Boletim de Procedimentos Ambulatoriais), e, em 2014, a APS passou a utilizar um Sistema Unificado de Informações de Saúde – TRAKCARE. É possível que até a total capacitação das equipes no novo sistema, registros importantes possam ter sido perdidos, explicando a queda dos números, porém, esta é apenas uma hipótese.

Em 2015, os números aumentaram para 109.857, com um aumento de aproximadamente 30.000 escovações, não se destacando muito do ano anterior de 2014, o que nos leva a crer que, a perda de registro devido a mudança do sistema não foi tão impactante, considerando que, após um ano, as equipes provavelmente já estariam habilitadas para o uso da nova ferramenta.

A partir de 2015, observa-se um aumento sequenciado dos números para os anos seguintes de 2016 e 2017, e em 2018, novamente uma queda abrupta dos números chegando a 120.586 escovações supervisionadas.

O ano 2019 apresentou um crescimento abrupto no indicador registrando 215.549 escovações. Apesar do aumento considerável dos números, o RAG 2019 relata que neste mesmo ano o indicador alcançou apenas 0,41%, o que significa que apenas esse percentual da população do DF foi alvo das ações preventivas. (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Analisando os números registrados nos RAG de 2009 a 2019 do *corpus* deste estudo, percebe-se que o DF ao longo da série temporal estudada não alcançou 0,5% neste indicador de saúde bucal, estando bem longe de atingir as metas anuais estabelecidas pelo MS (BRASIL, 2010b).

Os baixos percentuais deste indicador no DF refletem a baixa capacidade do sistema de saúde local em desenvolver ações coletivas modelando um perfil de atenção à saúde bucal diferente daquele almejado pelo MS.

Cardoso *et al*, em 2002, descreveram em seu estudo que a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos individuais, indo em direção contrária a um dos eixos centrais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, que estimula a promoção da saúde como ação estratégia de vigilância em saúde. Hoje, após 20 anos, verifica-se que a situação permanece da mesma forma no DF.

Estudos conduzidos por Baldani *et al* (2005) revelaram que os cirurgiões-dentistas ao serem questionados sobre os tipos de procedimentos executados pela equipe, justificaram a falta de ações preventivas e de promoção de saúde devido a necessidade de se adequarem à realidade local, visto que a população socioeconomicamente desfavorecida apresenta alta necessidade de tratamento odontológico assistencial.

Para Marques e Mendes (2002), existem barreiras a serem rompidas para transpor o modelo de atenção tradicional em decorrência da formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica, pois o cirurgião dentista e sua equipe estão basicamente envolvidos em atividades clínicas, não tendo tempo de atuar com a família, deixando de ser assim uma ESF.

Primeira Consulta Odontológica Programática

Gráfico 3 – Quantitativo de 1ª consulta programática odontológica no DF de 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

O SIGTAP (2022) conceitua este procedimento como uma avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. O sistema recomenda uma consulta por ano/pessoa.

No gráfico 3, observa-se um aumento gradativo do indicador, a partir do ano de 2009 até 2011, chegando a 266.288 primeiras consultas, condizente com as novas contratações que ocorreram neste período.

Em 2012, ocorreu uma queda grande do quantitativo do indicador para 159.284, representando queda de 40,18% se comparado com o ano anterior.

O ano de 2013 foi o ano em que a APS iniciou a informatização dos lançamentos dos procedimentos e mesmo assim, observou-se a manutenção dos valores do ano anterior 2012, descartando a possibilidade de possíveis perdas de registros. Sendo assim, lança-se o seguinte questionamento: Se em 2009 os registros foram realizados de forma manual, assim como em 2012, qual a razão de uma diminuição tão grande na quantidade de primeiras consultas odontológicas nos anos de 2012 e 2013?

A resposta pode estar no aumento da procura pelos serviços odontológicos com a chegada de novas equipes de saúde bucal. A oferta que anteriormente foi extremamente reduzida passou a ser um tanto maior, aumentando o acesso da população, principalmente aos serviços de urgência para demandas agudas e espontâneas. O aumento desse tipo de demanda aguda, necessariamente infere na diminuição da oferta de primeiras consultas, visto que desorganiza o processo de trabalho e inverte o modelo de atenção que tem como porta de entrada a estratégia saúde da família.

Em 2014, 100% da Odontologia da APS já utilizava o sistema TRAKCARE como meio de registro e lançamento dos procedimentos realizados. Este sistema já vinha sendo utilizado pela Odontologia da Atenção Secundária nos hospitais e CEOs.

No gráfico 3, percebe-se em 2014 um crescimento abrupto do quantitativo de 1ª consultas odontológicas com total de 453.942 e no ano de 2015 um valor ainda mais expressivo de 1.033.348. Destaca-se que tal valor gerou questionamentos acerca da veracidade dos dados obtidos neste estudo. No entanto, ao longo da coleta e durante a validação dos dados verificou-se que não ocorreram mudança nos valores obtidos.

Na tentativa de encontrar a falha dos registros, buscou-se separadamente os dados por regiões de saúde e não somente os dados compilados de todo o DF. Pôde-se identificar que em 2014, a região de saúde Sudoeste apresentou sozinha a oferta de 328.835 das 453.942 primeiras

consultas odontológicas programáticas do DF, inferindo em provável erro nos lançamentos nesta região. Em 2015, onde ocorreu o lançamento expressivo de 1.040.869 de primeiras consultas odontológicas, a região de saúde Oeste apresentou de maneira isolada um lançamento de 940.051 das primeiras consultas registradas. Diante da distorção, possivelmente, pode ter ocorrido um erro no lançamento destes procedimentos nos anos de 2014 e 2015 nas regiões sudoeste e oeste, respectivamente.

É interessante observar que em 2016 os registros caíram expressivamente, chegando a valores bem inferiores a 2009, representando que em 2016 foram ofertadas 25,7% primeiras consultas odontológicas a menos que em 2009. Todavia, cabe ressaltar que 2016 foi o ano do início da conversão do sistema de informação de registro de dados da APS. Novamente as equipes de saúde bucal da APS passaram por mudança em seu sistema de registro das informações. O TRAKCARE começou a ser substituído pelo ESUS AB, tornando-se necessário todo um processo de capacitação e calibração na nova ferramenta de registro.

É muito provável que neste processo de transição dos sistemas as equipes de saúde bucal tenham encontrado dificuldades de adaptação à nova tecnologia e tenha ocorrido subnotificações dos procedimentos realizados na prática.

Contudo, nos anos subsequentes, 2017 e 2018, a queda permanece progressiva no quantitativo de primeiras consultas odontológicas, descartando a possibilidade de queda dos números por falta de registro, uma vez que em 2 anos as equipes já estariam treinadas no novo sistema de informação.

Em 2019, a quantidade de equipes de saúde bucal atuando na APS era maior que o dobro referente ao ano de 2009, e ainda sim, o número de primeiras consultas ofertadas em 2019 é 76.718 a menos que 10 anos antes, em 2009, significando uma diminuição de 39,88% neste período.

Verifica-se com isso uma diminuição do acesso da população do DF à primeira consulta odontológica programática e de acordo com toda a revisão realizada neste estudo sobre os acontecimentos políticos, supõe-se que este fato ocorra devido à baixa cobertura em saúde bucal, que sempre foi um problema na rede de saúde do DF. Equipes de saúde bucal sobrecarregadas dando assistência a um quantitativo enorme de usuários, acolhendo suas ESFs de referência e ainda as áreas sem cobertura de suas próprias UBSs e das UBSs sem presença de odontologia em sua cartela de serviços tornou-se um fato corriqueiro no campo da saúde do DF.

A situação foi agravada ainda mais com publicação da portaria nº 77 de 2017, onde atribuiu a cada ESB, a responsabilidade de duas ESFs, legalizando a situação de excesso de população adstrita na falsa expectativa de maquiagem de uma baixa cobertura em saúde bucal no DF.

Esta portaria gerou uma mudança no perfil de atendimento das equipes de saúde bucal, que diante de uma população adstrita de 8.000 pessoas teve que se adequar para suportar o excesso de demanda.

É fato que a capacidade de atendimento de uma equipe de saúde bucal em relação ao número de horas trabalhadas e o quantitativo de pessoas atendidas por dia não muda muito, oscilando muito pouco no quantitativo de atendimento por mês.

Desta forma, a diminuição da oferta de primeiras consultas odontológicas programáticas, inevitavelmente, está associada ao aumento de atendimentos de urgências e demandas espontâneas.

Tal inversão do modelo de atendimento focado em condições agudas foge completamente do modelo que tem como porta de entrada a estratégia saúde da família. Assim, a APS passa a atender com frequência as condições agudas e às agudizações das doenças crônicas, deixando de exercer sua primordial função que é a prevenção e promoção de saúde.

Em estudo realizado na cidade de Recife, Andrade (2005) analisou uma série temporal dos procedimentos odontológicos e encontrou em 3 anos, de 2000 a 2003, um acréscimo de 26% na quantidade de primeiras consultas odontológicas ofertadas à população, aumento de 162% de restaurações fotopolimerizáveis e 30% de restaurações em amálgama. Esses números mostram um aumento do acesso da população aos serviços odontológicos. Além disso, houve uma queda da quantidade de exodontias de dentes permanentes e de tratamento endodônticos realizados consolidando a hipótese de um fortalecimento da APS.

Andrade (2005) concluiu que Recife, àquela época, apresentou um avanço no processo de implantação e implementação da sua política de saúde bucal, promovendo mudanças expressivas nas condições e na qualidade de vida dos seus cidadãos. Para isso, Recife utilizou como estratégia de reorganização de seu modelo de atenção em saúde bucal, a inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família que priorizaram as ações de atenção básica, expandindo assim, a oferta de procedimentos que objetivassem as melhorias das condições de saúde da população.

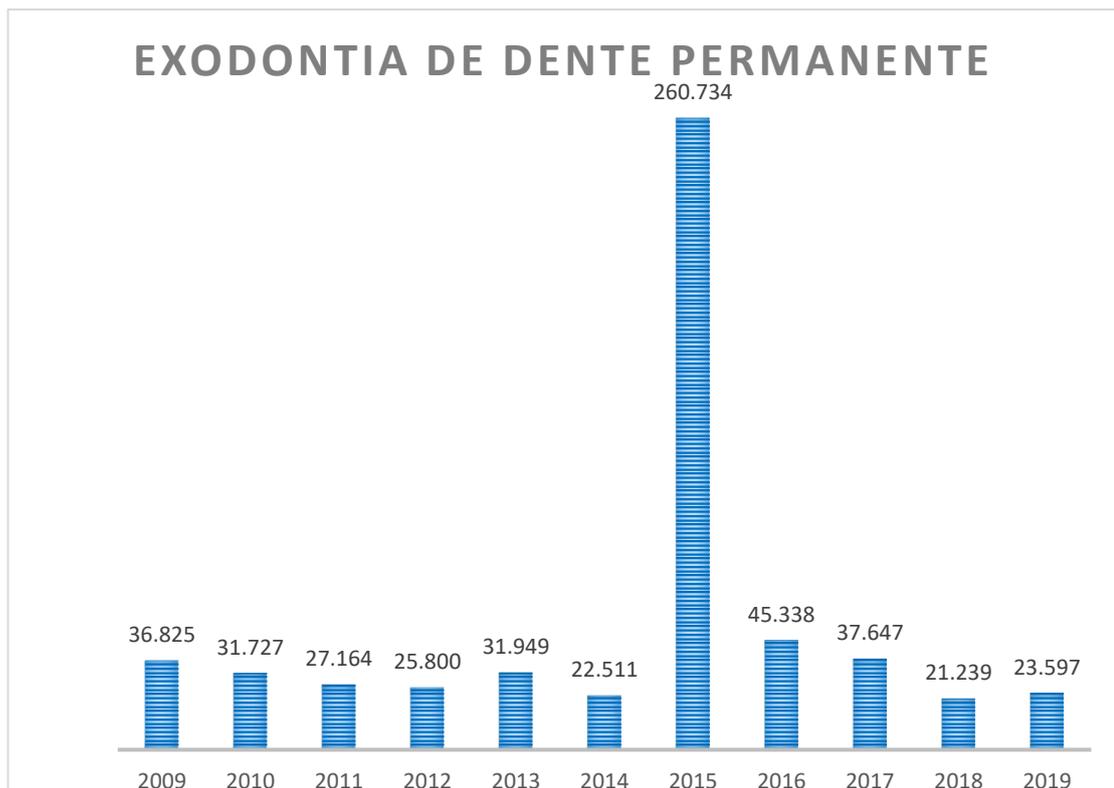
Comparando-se esta realidade de Recife com o DF, percebe-se o DF trilhando um caminho oposto, com quedas significativas no número de primeiras consultas odontológicas e,

por conseguinte, uma diminuição do acesso da população à uma saúde bucal de qualidade, acarretando em um enfraquecimento da APS confirmado pelos dados apresentados nos gráficos deste estudo.

Exodontia de dentes permanentes

O gráfico 4 apresenta dados que oscilam no decorrer dos 10 anos de estudo. Observa-se na primeira parte do gráfico de 2009 a 2012 uma diminuição progressiva no quantitativo de exodontias, saindo de 36.825 para 25.800. Em 2013 o gráfico apresenta um aumento atingindo a marca de 31.949 exodontias de dentes permanentes seguido de uma queda no ano de 2014 com total de 22.511.

Gráfico 4 - Quantitativo de exodontias de dentes permanentes no DF - 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

O ano de 2015 marca o gráfico com um registro expressivo de 261.218 exodontias, evidenciando uma possível distorção no registro dos dados neste ano. Novamente foi realizada a busca do procedimento exodontia de dentes permanentes por região de saúde para tentar esclarecer a origem da falha de registro. Identificou-se que a região sudoeste apresentou sozinha

o lançamento de 243.517 exodontias de dentes permanentes no ano de 2015, restando apenas 17.701 acumulados pelas demais regiões de saúde do DF. Portanto, uma possível distorção nos dados da região sudoeste pode ter ocorrido neste ano.

Em uma análise macro do gráfico 4, excluindo-se o ano de 2015, percebe-se, de maneira geral, um declínio da quantidade de dentes permanentes extraídos ao longo dos anos. Fazendo uma comparação de que mesmo com o aumento significativo da quantidade de equipes de saúde bucal a partir de 2009, os números de exodontias foram diminuindo com o passar dos anos, tais resultados podem refletir uma mudança discreta, mas constante, do modelo de atenção à saúde bucal, focado mais em ações de conservação e restauração ao invés do estabelecimento de um perfil mutilador.

O estudo de Silva *et al* (2018), cita que quanto maior a cobertura de primeira consulta odontológica programática, menor é a proporção de exodontias. E na medida em que se aumenta a razão de procedimentos coletivos, reduz-se a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos individuais.

No DF, os dados demonstram que não houve aumento de oferta de primeiras consultas odontológicas e mesmo assim houve queda da quantidade de exodontias de 35,9% entre os dados de 2009 e 2019.

Neste tópico, cabe ainda a ressalva de que 2017 foi um ano de mudanças, em que cada ESB passou a dar cobertura a 2 ESFs. Analisando os números, o ano de 2016 obteve registro de 45.338 exodontias de dentes permanentes e no ano de 2017 este valor caiu para 37.647, queda de 16,9%. O ano seguinte, 2018, foi o que registrou o menor índice de exodontias, com quantitativo de 21.239, queda de 53,15% se comparado com o ano de 2016.

Esta diminuição de exodontias até poderia estar relacionada com uma mudança de paradigma caso houvesse um aumento de primeiras consultas odontológicas e procedimentos restauradores na mesma época, porém, não é esta a realidade apontada pelos resultados.

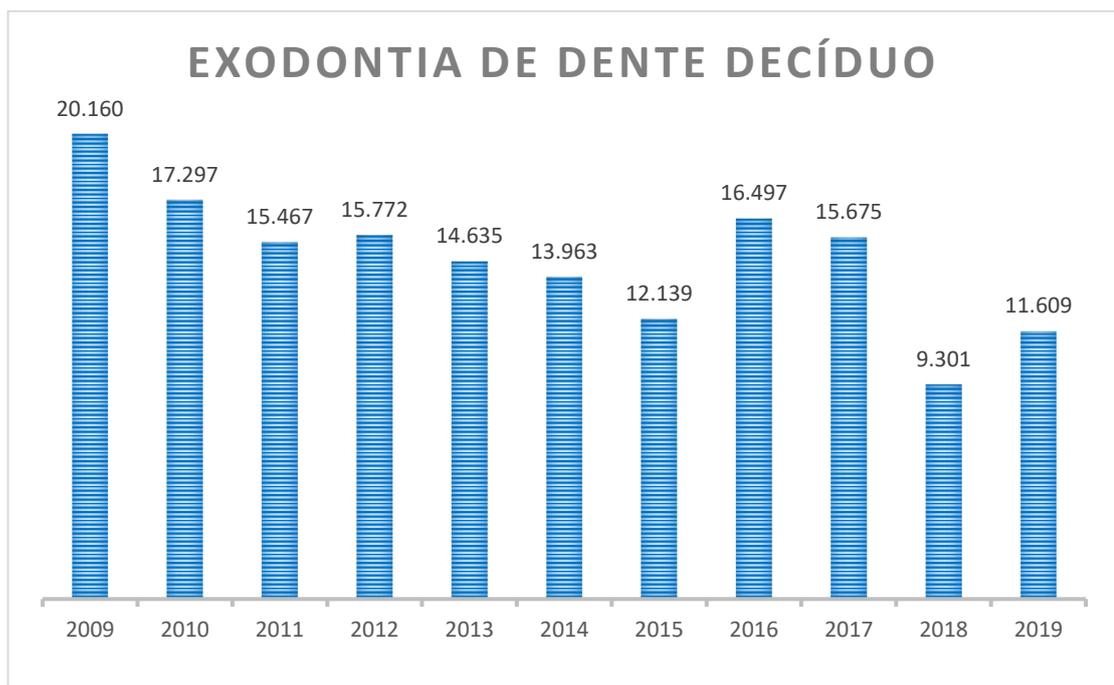
Diante disso, a teoria de uma possível mudança de modelo de atenção com foco não mutilador pode não ser real, ficando mais evidente, com o comportamento dos registros, uma possível diminuição por falta de acesso da população ao serviço do que uma mudança de paradigma.

Em 2019, o registro foi de 23.597 exodontias, mantendo-se muito semelhante ao ano de 2018, confirmando a lógica de que o falso aumento da cobertura de saúde bucal não alterou a capacidade de trabalho das equipes em relação a quantidade de procedimentos de exodontias executados.

Exodontia de dentes decíduos

No gráfico 5 está a representação das exodontias de dentes decíduos no DF de 2009 a 2019, onde pode-se observar um comportamento muito semelhante aos dados do gráfico 4. Neste indicador não foi encontrado nenhuma falha no registro dos lançamentos dos dados.

Gráfico 5 - Quantitativo de exodontias de dentes decíduos no DF - 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

Na primeira parte do gráfico, de 2009 a 2015, observa-se um decréscimo do quantitativo de forma gradativa, assim como nas exodontias de dentes permanentes, e, apesar de não parecer ter havido uma melhora tão significativa neste indicador, se compararmos as 20.160 exodontias realizadas em 2009 com as 12.139 realizadas em 2015, temos uma diferença de 8.021 exodontias a menos em crianças, representando queda de 39,78%. Considerando o maior número de equipes de saúde bucal e o maior quantitativo de crianças que, possivelmente, tiveram acesso ao atendimento odontológico, houve uma boa diminuição no tratamento mutilador.

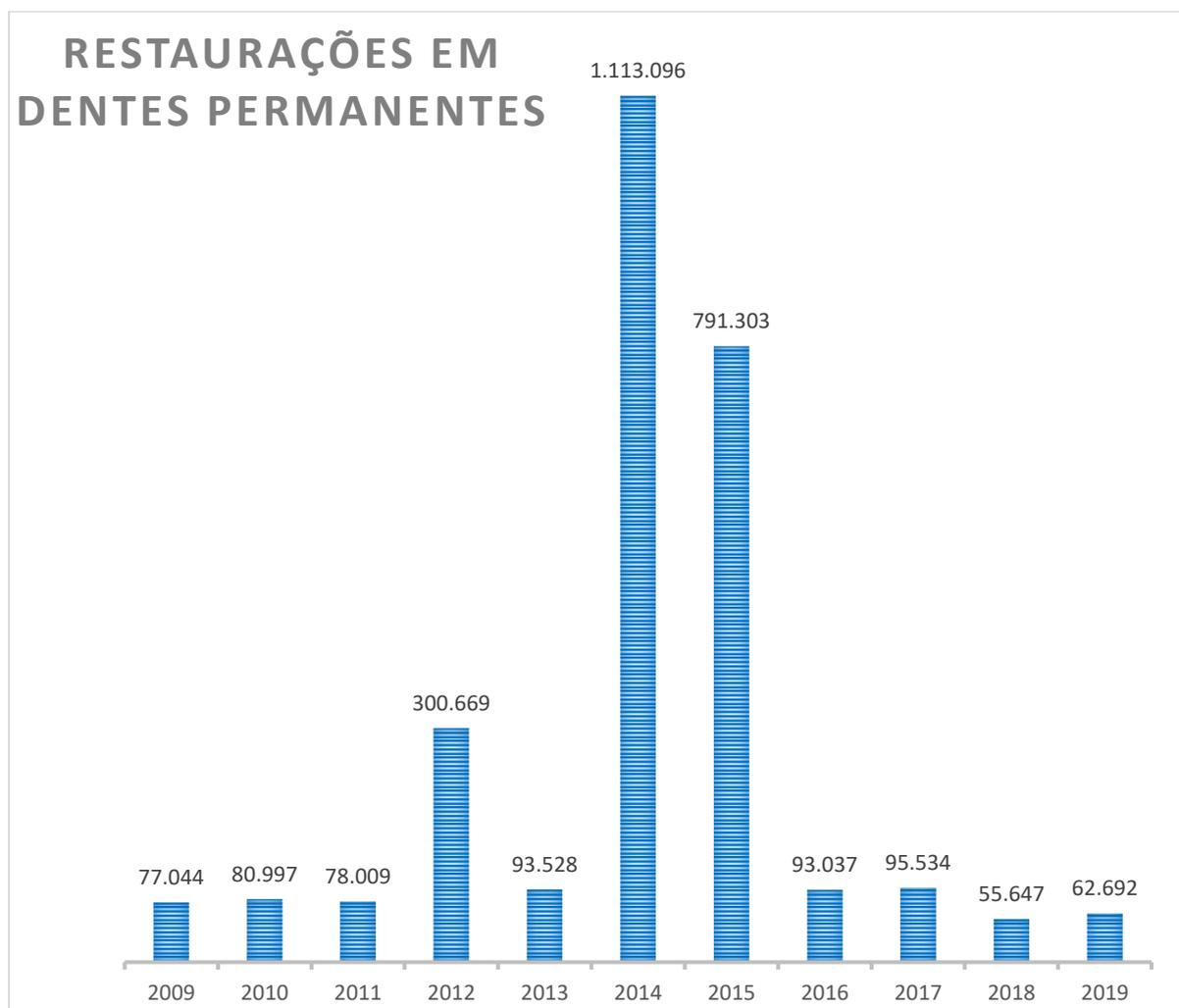
Em 2016, o gráfico apresenta um aumento de 4.358 exodontias de decíduos/ano, mantendo-se em um valor muito próximo no ano de 2017. Em 2018 sofreu nova queda, caindo mais de um terço o quantitativo de exodontias.

Novamente o ano de 2018 teve o menor quantitativo de exodontias de decíduos. Os dados se mostram proporcionalmente muito parecidos com os dados de exodontias permanentes. Estes dois indicadores têm a prerrogativa de quanto menor o índice, melhor resultado, todavia, percebe-se novamente, que após 2017, os números caem exponencialmente.

Sendo assim, cabe a seguinte reflexão: se a publicação da portaria nº 77 aumentou a cobertura em saúde bucal, o acesso da população, teoricamente tornou-se maior. Portanto, os números de procedimentos deveriam aumentar em uma primeira etapa, para depois, gradativamente, diminuir, repercutindo em percentuais de tratamento mutilador cada vez mais baixos. Todavia, a queda abrupta e imediata pode ser um indicador de diminuição do acesso aos serviços odontológicos.

Restaurações em dentes permanentes

Gráfico 6 - Quantitativo de restaurações em dentes permanentes no DF - 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

Para a busca dos dados deste indicador foram incluídas as restaurações em dentes anteriores em resina composta e as restaurações em dentes posteriores em resina composta e amálgama, como já descrito na metodologia. O dado apresentado no gráfico é a soma de todos estes procedimentos citados.

No gráfico 6 observa-se novamente uma falha nos registros nos anos 2012, 2014 e 2015, com números muito acima da realidade. No ano de 2012, a Região Sul apresentou sozinha 210.536 do total geral de 300.699 do DF, enquanto a média das demais regiões foi de 15.000 restaurações/ano. No ano de 2014, a Região de Saúde Sudoeste apresentou um saldo de 1.043.989 frente ao total geral do DF de 1.113.096, um valor muito discrepante das demais regiões que obtiveram média de aproximadamente 11.000 cada. Em 2015, foi a Região de Saúde Norte que apresentou 729.193 restaurações do total geral de 791.303, enquanto que a média das demais regiões foi de 8.000 restaurações. Difícil precisar a justificativa para tais lançamentos tão elevados em regiões de saúde isoladas.

Mais uma vez, por uma visão macro, observa-se um gráfico com oscilação, todavia, o que mais chama a atenção é quando se compara o total de procedimentos referentes ao ano de 2009 e 2019.

Em um espaço temporal de 10 anos não se observa um ganho quantitativo, mesmo com o aumento significativo de recursos humanos. Muito pelo contrário, até o momento, todos os gráficos, com exceção apenas do gráfico da ação coletiva de escovação supervisionada, apresentam valores em 2019 inferiores aos de 2009, tempo em que a SESDF tinha menos da metade da capacidade de atendimento de equipes de saúde bucal.

Entre 2016 e 2019 houve diminuição de 32,61% de restaurações realizadas em dentes permanentes. Deve-se destacar novamente que este foi o período de adaptação das ESBs a portaria nº77, percebe-se que esta diminuição reflete a dificuldade de acesso da população a este tipo de serviço.

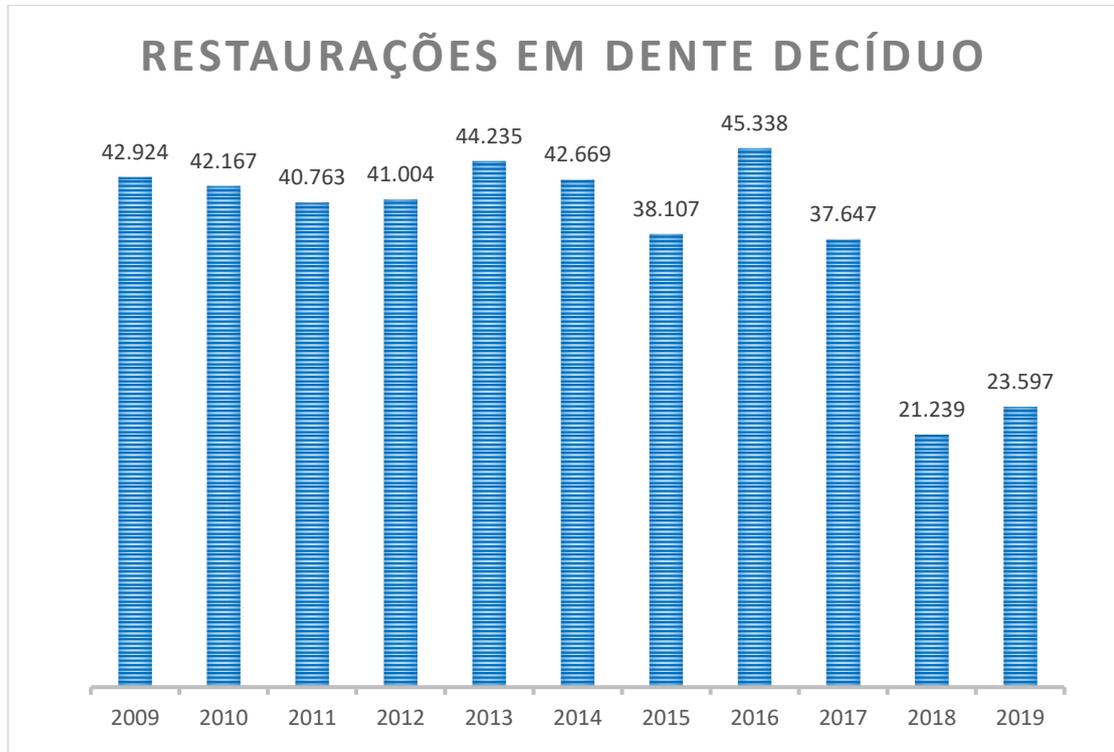
Restaurações em dentes decíduos

O gráfico 7 apresenta um certo padrão nos quantitativos anuais de restaurações em dentes decíduos entre os anos de 2009 a 2015, tendo oscilações ora para mais, ora para menos.

Em 2015 ocorreu uma diminuição nos números e, em 2016, ocorreu o maior aumento do quantitativo registrando o pico do gráfico com 45.338 restaurações. Todavia, este quantitativo supera o de 2009 apenas em 2.414 restaurações. Desta forma, não se observa

alterações significativas neste indicador após o aumento da quantidade de equipes de saúde bucal.

GRÁFICO 7 - Quantitativo de restaurações em dentes decíduos no DF - 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

Em 2017 foram registradas 37.647 restaurações, com uma queda abrupta deste procedimento no ano seguinte chegando a 21.239. Novamente constatou-se uma baixa importante dos números no ano de 2018 e 2019, reforçando a teoria da diminuição do acesso da população a este tipo de serviço após 2017.

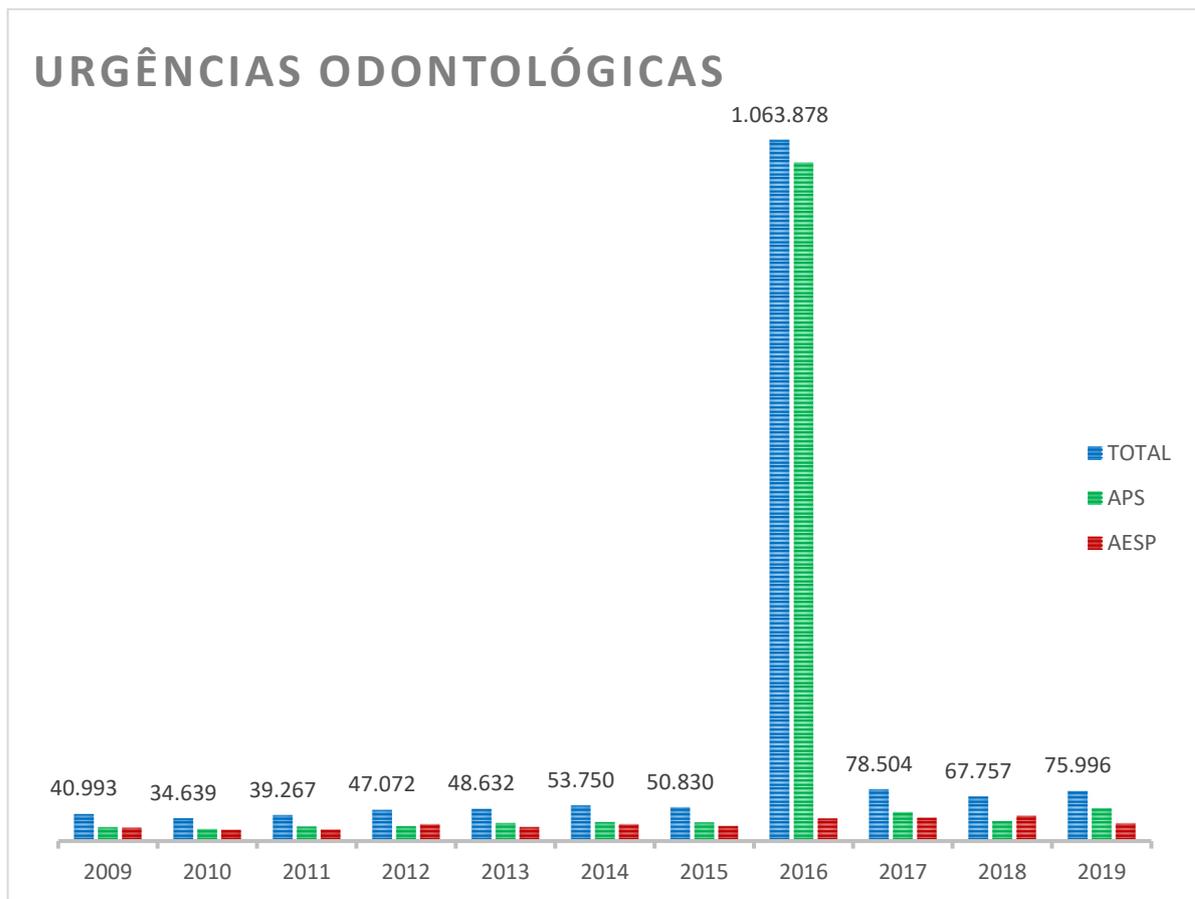
É relevante mencionar que a partir do ano de 2016 o registro dos dados ocorreu nos dois sistemas SIASUS e SISAB, e que este último não possibilitou a busca por códigos SIGTAP, mesmo assim, caso houvesse alguma distorção na pesquisa, os dados de 2016 também deveriam estar mais baixos, visto que foi o ano do início da transição dos sistemas.

Comparando-se os números dos anos inicial e final da série temporal estudada, observa-se mais uma vez uma baixa no quantitativo total de restaurações em dentes decíduos ofertadas à população do DF. Uma diferença que representa menos 45% de restaurações realizadas em 2019, em relação à oferta do ano de 2009.

Atendimento de urgências odontológicas

Para enriquecer este estudo, o levantamento das urgências odontológicas foi realizado utilizando o quantitativo de atendimentos de urgências odontológicas na Atenção Básica e na Atenção Especializada do DF.

GRÁFICO 8 - Quantitativo de atendimento de urgência odontológica no DF - 2009 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora (SIASUS e SISAB, 2022).

O gráfico 8 apresenta o quantitativo geral de atendimento de urgências odontológicas em azul, estando discriminado em verde a Atenção Básica e em vermelho a Atenção Especializada. É possível notar que em 2016 mais uma vez a falha de registros aparece, desta vez com a justificativa de um número exorbitante de lançamentos na Atenção Básica da Região Sul.

De um modo geral, observou-se que entre os anos de 2009 e 2010, os dois níveis de atenção se dividem de forma muito similar no atendimento das urgências. A partir daí, apenas nos anos de 2012 e 2018 a Atenção Especializada lidera o ranking de atendimentos de demandas

de urgência. Nos demais anos, a Atenção Básica assume o maior número de atendimentos de urgências, consolidando em 2019 as orientações da portaria nº 77 e da linha guia de saúde bucal do DF, onde os atendimentos odontológicos de urgências básicas devem ser acolhidos nas UBSs (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Uma análise dos números totais demonstra um aumento crescente e exponencial no número de atendimentos de urgências odontológicas, chegando a atingir, entre 2009 e 2019, um aumento de 85,38%.

Possivelmente, o aumento de equipes de saúde bucal promoveu o aumento ao acesso da população aos atendimentos de urgências. Se forem considerados que estes atendimentos objetivaram o alívio da dor e das condições agudas de origem odontológica da população, o aumento ocorrido pela APS pode ser considerado como positivo.

No entanto, os aumentos crescentes dos números deste indicador associado ao decréscimo dos números da oferta dos demais serviços, como já observado nos resultados anteriores, revelam o verdadeiro perfil da Odontologia Pública do DF. Ou seja, um modelo de atenção em saúde bucal focado, principalmente, no atendimento das condições agudas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de Atenção à Saúde do DF estava ainda em fase de construção e, desde então, percebia-se uma sequência de tentativas de reorganização desse modelo com foco no fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada do sistema de saúde do DF, na intenção de se consolidar a Estratégia Saúde da Família.

Os resultados apontados após a análise dos Planos e Relatórios Distritais de 2009 a 2019 demonstraram que ao longo dos dez anos estudados, o DF teve ciência dos problemas atinentes à saúde existentes e se propôs a reorganizar, ao seu modo, sucessivamente, seu modelo de atenção à saúde na intenção de superar ou pelo menos amenizar as dificuldades sanitárias enfrentadas pela capital do país diante do seu crescimento populacional desenfreado e desorganizado. No entanto, os planos de governo se mostraram imediatistas e pouco estruturados, desfavoráveis à inversão do modelo assistencial e com poucas mudanças no perfil de saúde da população.

Passaram-se 40 anos desde o primeiro plano de saúde do DF e, apesar das variadas tentativas de reorganização de seu modelo de atenção à saúde, verifica-se que a sua APS está em processo de fortalecimento e as condições agudas de saúde da população ainda conduzem a atenção à saúde ofertada.

Tratando-se de saúde bucal, em 1979, o Plano de Assistência à Saúde foi o primeiro a prever a Odontologia Pública para o DF. Nesta época, as ações voltaram-se apenas para a população escolar e o atendimento do restante da população ficou restrito a tratamentos de urgências odontológicas, resultando numa política incipiente, excludente, mutiladora e pouco resolutiva.

No caso dos modelos de Atenção em Saúde Bucal do DF propostos entre os anos de 2009 e 2019, objeto deste estudo, eles demonstraram descompasso na sua agenda que, possivelmente, proporcionou estagnação e um perfil de atendimento incipiente.

Apesar do ganho expressivo em seu quantitativo de recursos humanos ao longo da série temporal estudada, verifica-se que os modelos propostos ainda estão longe de apresentar articulação da sua rede e uma cobertura em saúde bucal nos três níveis de atenção adequada para a população.

As equipes de saúde bucal instaladas na APS, que deveriam funcionar como porta de entrada para o sistema, ocupam a maior parte de suas agendas nos atendimentos de demandas de urgência e, obrigatoriamente, diminuem o acesso às ações de prevenção, promoção à saúde

e demais procedimentos assistenciais como: primeiras consultas odontológicas programáticas, restaurações, exodontias, etc.

Este estudo verificou que num modelo centrado na oferta de serviços voltados a situações de urgências, o espaço para prevenção e promoção de saúde torna-se exíguo, portanto, os índices que medem, principalmente, as ações coletivas estão sempre aquém dos pactuados. Tal fato foi ratificado por estudo quando verificou que a meta pactuada pelo MS para 2011 do indicador de escovação coletiva supervisionada foi de 3%, no entanto, o DF ao longo da sua história de oferta de serviços públicos odontológicos obteve apenas 0,5%.

Considerando que o próprio MS considera este indicador como método de avaliação do perfil da Atenção em Saúde Bucal de determinada localidade, os índices do DF refletem, na prática, uma inversão do modelo adotado na teoria.

Observou-se que entre os anos 2009 a 2019, todos os procedimentos odontológicos analisados neste estudo demonstraram uma diminuição expressiva mesmo com o aumento das equipes de saúde bucal ao longo dos anos. Ou seja, a relação estabelecida entre o aumento de oferta da assistência, na maioria das vezes, não refletirá nas condições de melhoria de saúde bucal da população que recebe aquele serviço, confirmando assim que um modelo quando estruturado terá que ser articulado e possibilitar o desenvolvimento de ações além daquelas de cunho assistencial/individual.

Em contrapartida, as urgências odontológicas apresentaram aumento progressivo ao longo dos anos, chegando ao ápice de urgências atendidas em 2017, atingindo neste ano um aumento de 91,5% em relação ao ano de 2009, evidenciando que o tipo de modelo de atenção à saúde bucal executado no DF ainda está aprisionado a visão incipiente do curativismo imediatista e muito distante ainda de um modelo que integre ações de prevenção, promoção e assistência de como uma prática real.

Normativas publicadas ao longo da série temporal estudada consolidaram ainda mais um modelo divergente daquele que se espera na prática. Na medida em que se estabeleceu o aumento de cobertura pelas ESBs, o que se verificou foi a existência de percentuais fictícios de aumento de cobertura da população. Porém, tal fato deve ser aprofundado e estudos que tenham a cobertura populacional como objeto devem ter a realização estimulada para ratificar as verificações encontradas neste estudo.

Na teoria, o aumento de cobertura deveria acarretar em aumento do acesso aos serviços de odontologia por parte da população. Todavia, na prática, o que aumentou foi o número de atendimento de urgências odontológicas, enquanto que a oferta dos procedimentos

odontológicos que deveriam ser ofertados diminuiu, fortalecendo ainda mais o modelo assistencial focado em demandas agudas dissonante de um modelo que deveria estar pautado a luz da integralidade da atenção em saúde bucal.

Apesar das normativas apontarem para um possível processo de mudança do modelo assistencial por meio do fortalecimento da APS, verificou-se que no caso da saúde bucal do DF, tal ato consistiu num dos seus maiores retrocessos. Ou seja, passou-se a ter equipes desorganizadas e enfraquecidas que deveriam funcionar como porta de entrada do modelo e não como equipes de urgência que, na verdade, deveriam estar alocadas nos serviços de urgência disponibilizados na rede de saúde do DF.

Portanto, observou-se por meio deste estudo que a desorganização da APS acarretou uma desestruturação de toda a rede de serviços de saúde, uma vez que ocorreu a inversão da porta de entrada do sistema com repercussão nos demais níveis de atenção e desenvolvimento de um desequilíbrio ainda maior no sistema de referência e contra referência dos serviços.

Considerando que o modelo de atenção à saúde define a forma como a atenção é realizada e como se dá a articulação entre os diversos níveis de atendimento, por meio deste estudo percebe-se uma rede desarticulada, focada em demandas agudas, sobrecarregada com uma demanda muito maior que a oferta, estagnada, pouco resolutiva e sem impacto nas condições de saúde da população.

A análise do modelo de atenção em saúde bucal do DF, no lapso temporal de 2009 a 2019, demonstrou a possível existência de um retrocesso, ao longo dos últimos 10 anos, no quesito oferta de procedimentos odontológicos básicos, apesar do aumento da oferta de profissionais para realizá-los. Pode-se dizer que evidências apontaram para uma rede colapsada, com uma APS enfraquecida, focada em pronto-atendimentos de urgência, sem disponibilidade para desenvolver uma saúde bucal pautada na integralidade da atenção.

Na prática, apesar das diversas tentativas do estabelecimento de uma saúde bucal integral, ainda prospera um modelo curativo-reparador, sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. Sendo assim, práticas ineficientes e ultrapassadas que perpassam décadas persistem na exclusão e no curativismo, focado em números de tratamentos realizados e não no controle e melhoria das condições atinentes a cavidade oral. Por fim, mudanças paradigmáticas para construção de modelos de gestão e da prática profissional da Odontologia tornam-se iminentemente necessárias para consecução de uma política de saúde bucal convergente com as verdadeiras necessidades da população. Se já era ultrapassado naquela época, quiçá nos dias atuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P. A. **Democracia em discursos: investigação dos pronunciamentos parlamentares da Câmara Legislativa do Distrito Federal**. 2007. 86 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Ciência Política, UnB, Brasília, 2007.
- BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1026-35, 2005.
- BASSO, M. B. *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08552019>>. Acesso em 8 set. 2021.
- BÖNECKER, M. J. S.; MARCENES, W., SHEIHAM, A. Redução na prevalência e severidade de cárie dentária em bebês. **J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê JBP**. V. 3, n. 14, p. 334-340, 2000.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17**. Brasília, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Especialidade em Saúde Bucal**. Brasília, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Anexo da Portaria GM/ MS n. 4.279/2010. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a inclusão da Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011**. Brasília, 2010b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3840_07_12_2010.html>. Acesso em 13 de julho de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.
- BRASIL. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília, 2010c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 13 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica Indicador Média da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada**. Publicada em 31 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/saude-bucal/publicacoes/nota_indicador_escovacao.pdf/view>. Acesso em: 13 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018.

CARDOSO, A. C. C. *et al.* Inserção da equipe de saúde bucal no PSF um desafio para melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Rev baiana saúde pública**. V. 26, n. ½, p. 94-8, 2002.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Saúde do Distrito Federal 1997 – 1998**. Brasília, 1997.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Saúde 2000**. Brasília, 2000. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em 20 de junho de 2022.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Política Distrital de Saúde Bucal**. Brasília, 2005a.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Diretor de Regionalização**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em 20 de junho de 2022.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Saúde do Distrito Federal 2008 – 2011**. Brasília, 2008.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório de Gestão da SESDF e seus órgãos vinculados**. Brasília, 2009.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Brasília, 2010.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Saúde do Distrito Federal 2012 – 2015**. Brasília, 2012a.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Brasília, 2012b.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2012 – Partes I e II**. Brasília, 2013.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2013 – Partes I e II**. Brasília, 2014.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Brasília, 2015.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2016 – 2019 parte I e II**. Brasília: março, 2016a.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Brasília Saudável Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Brasília, 2016b.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Brasília, 2017a.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portarias nº 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2017b.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal – Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal**. Brasília, 2018a.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 341, de 12 de abril de 2018. Dispõe sobre a assistência Saúde Bucal no Distrito Federal e sua organização na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2018b.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Brasília, 2019.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diário Oficial da União. **Portaria nº 99, de 7 de setembro de 2020. Dispõe sobre redefinição do registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Publicado em: 11/02/2020 - Edição: 29, Seção: 1, página: 57. Disponível em: <<https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/02/portaria99.pdf>>. Acesso em 27 de julho de 2022.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal. **Portaria nº 114, de 10 de fevereiro de 2022. Dispõe sobre Regulamentação do cumprimento da jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais dos servidores da Carreira Socioeducativa, lotados nas unidades orgânicas da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal**. Brasília, 2022a. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6f02930e1b2246238f4513f0b700e1e0/Portaria_114_10_02_2022.html>. Acesso em 28 de julho de 2022.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portal InfoSaúde-DF**. Brasília, 2022. Disponível em <www.info.saude.gov.br>. Acesso em 22 de junho de 2022b.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; FILHO, R. S. O.; FERREIRA, L. M. Desenhos de Pesquisa. **Acta Cir. Bras.** V. 20, n. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>>. Acesso em 11 set. 2021.

ELY, H. C.; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. **Políticas de saúde bucal**, 5p. Minas Gerais, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf>>. Acesso em 11 set. 2021.

FERREIRA, E. B.; ABREU, T. Q.; OLIVEIRA, A. E. F. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil. **Ver. Pesq. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 37-42, set-dez 2011.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D. SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Temas Livres. Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 6, Jun 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em 25 de julho de 2022.

FIGUEIREDO WALTER; L. R.; FERELLE, A. Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL): uma visão histórica. **Rev. odontopediatr. latinoam**; 3(2): 77-82, 2013.

FONSECA J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Apostila de Metodologia da Pesquisa Científica. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANÇA, M. A. S. A., FREIRE, M. C. M., PEREIRA, E. M.; MARCELO, V. C. **Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017**. *Epidemiol. Serv. Saúde* 29 (1). 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100002>>. Acesso em 20/09/2021.

FREJAT, J. Sistema de Saúde do DF: modelo para o país. **Revista de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, v. 10, p.53-59, 1999.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.) **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: SOARES, S.B.; CAMPOS, C.M.S (orgs). *Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem*. Barueri: Manole, 2013, p. 325-348. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4446701/mod_resource/content/2/Modelos%20de%20Atencao%20a%20Saude%20no%20Brasil_nov_3_11_20h%20%281%29.pdf>. Acesso em 28 de julho de 2022.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. adm. Empresa**. Vol.35, n.3, p.20-29, 1995.

GÖTTEMS, L. B. D.; EVANGELISTA, M.S. N.; PIRES, M. R. G. M.; SILVA, A. F. M.; SILVA, P. A. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**. V. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009.

GOTTEMS, L. B. D. **Análise da política de atenção básica à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da Política de Saúde (1979 a 2009)**. Brasília, 2010.

GUIMARÃES, A. O; COSTA, I. C. C; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês / The origins, objectives and reasons of Dentistry for Babies. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, V. 6. n. 29, p.83-86, jan.-fev 2003.

HILDEBRAND, S. M. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997-2006**. 2008. 318 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <www.repositório.unb.br>. Acesso em 20 de junho de 2022.

JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelo de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

KANIAK, C. E. A. Plano Geral da rede médico-hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Mello. **Revista de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, v. 10, p. 52-53, 1999.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARQUES RM, MENDES A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad Saude Pública.**; V. 18, Supl., p.163-71, 2002

MENDES E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde pública**. V. 2, n. 4, p. 553-52, out.-dez. 1986. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400012>>. Acesso em 20 de janeiro de 2022.

MENDES, EV. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec-abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.

MENDES E. V. **As redes de Atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2015a.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2015b.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAIS, T. M.; SILVA A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.; 2015.

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

NARVAI, P. C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saude Publica**. V. 40, s. n., p. 141-147, 2006.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. **Modelos Assistenciais de Saúde Bucal no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* 24 (2), Fev 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>>. Acesso em 26 de agosto de 2021.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z., **Epidemiologia & Saúde**, 4ª ed., MEDSI, Rio de Janeiro, p.455 - 466,1994.

PUCCA, G.A.; GABRIEL, M.; ARAUJO, M. E.; ALMEIDA, F. C. S. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J. Dent Res**. V. 94, n. 10, p.1333-1337, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus, Brasília**. V. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 out. 2021.

ROMERO, L. C. O Sistema Único de Saúde – um capítulo à parte. *In*: DANTAS, B. et al. **Constituição de 1988: O Brasil 20 anos depois**. Brasília: Senado Federal, 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>>. Acesso em 17/09/2021.

SANTOS, F. P. F. R; CAZOLA, L. H. O; CUNHA, I. P. Método da estimativa rápida no planejamento da equipe de saúde bucal. **Rev. Cient. Esc. Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**. V. 7, n.e7000044, p. 1-10, 2021.

SCHERER, C. I; SCHERER, M. D.A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev Saúde Pública**. Brasília, v. 49, s.n., p. 98, 2015.

SILVA *et al*. **Caracterização do modelo de atenção básica à saúde bucal na região nordeste no período de 2015-2017**. *Arch Health Invest* (2018) 7(10):402-407. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i10.3154>>. Acesso em 28 de julho de 2022.

SOUZA, D.S.; CURY, J.A.; CAMINHA, J., FERREIRA, M.A., TOMITA, N.E., NARVAI, P.C. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Odontol**. V.2, s.n., p.7-29, 2001.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no programa saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov 2007.

VARELLIS, M. L. Z. **Odontologia hospitalar**. São Paulo: Quintessence Editora; 2018.