

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Flávia Santos Oliveira de Paula

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE:
uma análise das capitais federais (2010-2020).

Brasília
2023

Flávia Santos Oliveira de Paula

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE:

uma análise das capitais federais (2010-2020).

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde, na linha de pesquisa de
Saúde e Justiça Social.

Orientador: Prof. Dr. Swedenberger do
Nascimento Barbosa
Coorientadora: Prof^a. Dra. Nicole Aimeé
Rodrigues José

Brasília
2023

P324p Paula, Flávia Santos Oliveira de.
Programa Brasil Sorridente: uma análise das capitais federais (2010-2020) /
Flávia Santos Oliveira de Paula. -- 2023.
126 f. : il.color.

Orientador: Swedenberger do Nascimento Barbosa.
Coorientadora: Nicole Aimeé Rodrigues José.
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo
Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.
Bibliografia: f. 113-125.

1. Política Nacional de Saúde Bucal. 2. Determinantes Sociais de Saúde. 3.
Atenção Primária à Saúde. 4. Equipes de Saúde Bucal. I. Título.

CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443
Biblioteca Fiocruz Brasília

Flávia Santos Oliveira de Paula

Programa Brasil Sorridente: Uma Análise das Capitais Federais (2010 - 2020).


Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 31/03/2023

BANCA EXAMINADORA



Dr.(a) Kellen Cristina da Silva Gasque (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
1º(a) Examinador(a)



Dr.(a) Sonia Cristina Lima Chaves (Universidade Federal da Bahia)
2º(a) Examinador(a)



Dr.(a) Swedenberger do Nascimento Barbosa (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)
Presidente da Comissão Examinadora (Orientador(a))



Dr.(a) Nicole Aimée Rodrigues José (Universidade de Brasília - UnB)
Coorientador(a)



Dr.(a) Doralice Severo da Cruz (Universidade Federal de São Paulo - USP)
Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo zelo, amor e proteção.

Aos meus pais pelo amor, dedicação e abdicção incomparáveis. Agradeço pelo privilégio de contar com o apoio, torcida e colo. Agradeço pela construção pessoal e de valores que me fazem quem sou e caminhar pelos caminhos que tenho percorrido. Por me ensinarem sobre compaixão e respeito ao próximo e, ainda, por sempre fazerem o possível e o impossível em prol da minha educação. O mérito desse trabalho é também de vocês.

À minha mãe, Maria da Penha, meu exemplo de garra e força. É a minha maior encorajadora, incentivadora e inspiração. Me ensina diariamente com muito cuidado e afeto a nunca desistir e seguir sempre em busca dos meus mais variados sonhos. Obrigada por tudo e por tanto!

Ao meu pai, Fernando Pereira “Barramansa”, que sempre nos ensinou que estudo era primordial e que a vida precisa ser vivida com muita leveza e determinação.

À minha irmã, Dra. Fernanda Santos, pela amizade, conselhos e preocupações. A dona das melhores redações que tive a oportunidade de ler e que trata do Direito das pessoas sob uma ótica diferente da minha, mas que demonstram que a preocupação com o coletivo e justiça foram bem herdadas de nossos pais.

À minha filha, Cecília SOL, que é minha maior motivação para prosseguir. Meu ponto de equilíbrio e desequilíbrio. O amor mais puro, lindo e desafiador que já pude sentir. Filha, desejo que encontres um mundo respeitoso, solidário e igualitário com as mulheres e minorias, que seus direitos sejam garantidos e não velados!

Ao meu esposo, Rafael Leite, pela parceria, cuidado e compreensão em momentos de ausência. Agradeço por ser meu apoio para alcançar mais uma realização pessoal e

profissional. Seu olhar atencioso, sua bondade e o seu companheirismo me fazem ir mais longe.

Aos meus avós, José Agripino dos Santos (*in memoriam*) e Maria Tercila dos Santos, candangos, que migraram de Campina Grande/PB com seus 4 filhos em busca de melhores condições de vida na nova Capital Federal. Agradeço pelo esforço, dedicação e toda batalha travada por todos esses anos para que a geração fosse bem sucedida e tivessem pelo menos a educação básica que vocês não puderam ter.

Aos meus avós paternos, João Pereira de Oliveira “Barramansa” (*in memoriam*) e Rosa de Sousa Pereira (*in memoriam*), que se foram cedo demais, mas deixaram as marcas de uma vida regada a muita ternura, honestidade, mansidão, calma e acolhimento.

À Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/DF) pela oportunidade de formação tão qualificada.

Ao meu Orientador, Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa, que sempre esteve com olhos e ouvidos atentos em todos os espaços que ocupou/ocupa em prol do Direito à Saúde e que tem isso como missão de vida para que não haja mais nenhum retrocesso.

À minha coorientadora, Dra. Nicole Aimée Rodrigues José, em princípio pela amizade, pelo ensino, acalento e por “colocar meus pés no chão” me fazendo confiar que tudo daria certo! Você é referência de determinação para os seus amigos, alunos e, principalmente, para jovens negros/pretos que te veem em posição de destaque e passam a acreditar: “*também posso*”.

Agradeço aos meus ex chefes (Coordenadores-Gerais de Saúde Bucal do Ministério da Saúde CGSB/MS): Rozângela Camapum, Ademir Fratric, Patrícia Ferraz, Lívia Maria Coelho, Rogéria Calastro, Mariana Tunala, Caroline Martins, Wellington Carvalho, Élem Cristina Cruz Sampaio e, também, a atual coordenadora Doralice Severo da Cruz pela confiança em meu trabalho e por me permitirem dar um pouco de mim em prol dos cidadãos brasileiros.

Aos meus amigos que o Ministério da Saúde me presenteou: Leonardo de Souza Oliveira, Renato Taqueo Placeres Ishigame, Sandra Cecília Aires Cartaxo e Viviane Loiola

Lacerda e em especial a Sumaia Cristine Coser, Laura Cristina Martins de Souza, Ana Beatriz de Souza Paes, Quelvia Farias de Carvalho, Betina Suziellen Gomes da Silva, Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques e Gustavo Vinicius do Nascimento Ribeiro que mesmo em tempos de escassez, desafios ou até ligeiras abundâncias, tinham o propósito de levar mais saúde bucal pública e de qualidade à população. Trabalhar e/ou ter trabalhado com vocês é uma honra!

“– Quem estará nas trincheiras ao teu lado?

– E isso importa?

– Mais do que a própria guerra”.

(Adeus às Armas, de Ernest Hemingway)

Às professoras, Dra. Sônia Chaves, Dra. Érica Tatiane da Silva e Dra. Raquel Ferreira da Conceição, por gentilmente terem aceito o convite para a qualificação do Projeto de Pesquisa, agradeço pelos apontamentos e recomendações. À Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque e Dra. Doralice Severo da Cruz que deram continuidade juntamente com Dra. Sônia Chaves ao processo de defesa da presente dissertação. À todas vocês, meu agradecimento pela disponibilidade e meu reconhecimento público da grandeza do trabalho que desempenham como professoras e pesquisadoras!

À Dra. Ana Cláudia Godoy que com sua exímia competência enriqueceu o trabalho com suas projeções estatísticas.

“Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa. ”

Sérgio Arouca – Médico Sanitarista Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 - Democracia é saúde.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar se as Capitais Federais do Brasil implementaram a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito da Atenção Primária à Saúde no período de 2010-2020 buscando o reconhecimento dos diferentes contextos socioeconômicos. Trata-se de um estudo de duas fases. A primeira realizou análise documental acerca da implementação da PNSB. A segunda consistiu de estudo ecológico, analítico, do tipo exploratório cuja amostra foram capitais das 27 Unidades da Federação. As capitais foram categorizadas em relação aos Determinantes Sociais em Saúde, utilizando-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e porcentagem de pessoas com 15-17 anos com ensino fundamental completo e também com relação ao índice “Dentes Cariados, Perdidos e Obturados – CPOD” aos 12 anos de idade, bem como a média do componente “C”. Com relação ao estudo quantitativo, foram analisados dados secundários e as variáveis usadas consistiram de: número de equipes financiadas, cobertura em saúde bucal, número de 1^{as} consultas odontológicas e número de tratamentos concluídos. Medidas descritivas (valores absolutos (n) e relativos (%)) e medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão) foram estimadas. Regressão linear de Prais-Winsten foi realizada para cálculo de tendência temporal. Os resultados mostraram tendência crescente de n° de eSB financiadas em 14 capitais federais, estacionária em 10 capitais e decrescente em 03 capitais. Quanto à cobertura, 06 capitais apresentaram uma tendência crescente, as Capitais com melhor IDHM (>0,770) tiveram tendência crescente de cobertura n=5 (38,46). Apenas uma capital com IDHM ≤0,770 teve tendência crescente de cobertura. Nove capitais com cárie não tratada aos 12 anos tiveram tendência estacionária de cobertura. A pesquisa demonstrou que a PNSB teve das ações em âmbito nacional s capitais federais com maior necessidade não apresentaram maior ampliação de n° de equipes e cobertura a contento. Os DDS não foram considerados na ampliação da PNSB nas Capitais Federais.

Palavras Chave: Política Nacional de Saúde Bucal, Determinantes Sociais de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Equipes de Saúde Bucal.

ABSTRACT

This research aims to analyze whether the Federal Capitals of Brazil have implemented the National Oral Health Policy (PNSB) in the context of Primary Health Care (2010-2020), seeking the recognition of different socioeconomic contexts. This is a two-stage study. The first performed a documentary analysis of the implementation of the PNSB. The second consisted of an ecological, analytical, exploratory study whose sample were the capitals of the 27 states of the Federation. The capitals were categorized in relation to Social Determinants of Health, using the Municipal Human Development Index (MHDI) and percentage of people aged 15-17 years with complete elementary education and also in relation to the index "Decayed, Lost, and Filled Teeth - CDWC" at 12 years of age, as well as the average of the "C" component. Regarding the quantitative study, secondary data were analyzed and the variables used consisted of: number of funded teams, oral health coverage, number of first dental consultations, and number of completed treatments. Descriptive measures (absolute (n) and relative (%) values) and measures of central tendency (mean, median, and standard deviation) were estimated. Prais-Winsten linear regression was performed to calculate time trend. The results showed an increasing trend of eSB funded number in 14 federal capitals, stationary in 10 capitals and decreasing in only 03 capitals. As for coverage, 06 capitals showed an increasing trend, 09 decreased and most (n=12), stationary. Capitals with better MHDI ($>0,770$) had an increasing trend in coverage n=5 (38,46). Only one capital with HDI ≤ 0.770 had an increasing trend in coverage. Nine capital cities with untreated caries at age 12 had stationary trend in coverage. The research showed that the PNSB had an increase of actions at the national level, the federal capitals with the greatest socioeconomic need did not show a greater increase in the number of teams and coverage. The DDS were not considered in the expansion of the PNSB in the Federal Capitals.

Key words: National Oral Health Policy, Social Determinants of Health, Primary Health Care, oral health teams

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

APS – Atenção Primária  Saúde

EAP - Equipe de Atenção Primária

CBO – Classificação Brasileira de Ocupaes

CDS – Coleta de Dados Simplificada

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEO RCPD – Centro de Especialidades Odontológicas aderido à Rede de Cuidados  Pessoa

CGSB - Coordenação Geral de Saúde Bucal

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Cartão Nacional de Saúde

DESCO – Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária

DESF – Departamento de Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

INE – Identificador Nacional de Equipes

LRPD – Laboratório Regional de Próteses Dentárias

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio  Saúde da Família

PEC – Prontuário Eletrnico do Cidadão

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PBF – Programa Bolsa Família

PMM – Programa Mais Médicos

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASB – Rede de Atenção à Saúde Bucal

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SNH – Saúde na Hora

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UOM – Unidade Odontológica Móvel

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Linha Cronológica dos principais acontecimentos da Política de Saúde Bucal no Brasil 1986 – 2020.....	22
FIGURA 2. Mudanças na Coordenação da Área de Saúde Bucal no Ministério da Saúde entre os anos de 2002 a 2023.....	33
FIGURA 3. Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead.....	36
DIAGRAMA 1. Modelo lógico da análise dos componentes das Equipes de Saúde Bucal e associação com dados socioeconômicos e epidemiológicos.....	59
FIGURA 4. Fases de Desenvolvimento Humano.....	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Média do índice CPO-D nas Capitais Federais na faixa etária de 12 anos.....	63
GRÁFICO 2. Gradiente do Índice CPO-D aos 12 anos nas Capitais Federais.....	64
GRÁFICO 3. Evolução das Equipes de Saúde Bucal (eSB) financiados no período de 2010 a 2020.....	72
GRÁFICO 4. Comparativo da evolução da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF SB) no período de 2010 a 2020.....	73

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Variáveis do Componente de Saúde Bucal na APS.....	67
QUADRO 2. Variáveis Socioeconômicas e Epidemiológicas.....	68

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI e os resultados epidemiológicos alcançados para cárie dentária no Brasil em 2003 e 2010.....	44
TABELA 2. Financiamento das equipes de Saúde Bucal (eSB) ao longo dos anos no Brasil (período de análise de 2000 a 2020)	54
TABELA 3. Categorização das Capitais Federais segundo IDHM segundo Faixa de Desenvolvimento Humano. (n=27).....	62
TABELA 4. Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Centro-Oeste.....	76
TABELA 5. Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Nordeste.....	78
TABELA 6. Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Norte.....	82
TABELA 7. Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Sudeste.....	85
TABELA 8. Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Sul.....	87
TABELA 9. Tendência anual da cobertura e nº de equipes financiadas, Brasil, 2010 a 2020.....	92
TABELA 10. Variáveis socioeconômicas e de saúde bucal de acordo com a tendência temporal da cobertura, Brasil, 2010 a 2020.....	94
TABELA 11. Variáveis socioeconômicas e de saúde bucal de acordo com a tendência temporal do número de equipes, Brasil, 2010 a 2020.....	97

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 HISTÓRICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	20
2.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL.....	35
2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL.....	42
2.4 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL: PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL.....	46
2.4.1 Incentivo financeiro das equipes de saúde bucal.....	51
3. OBJETIVOS	
3.1. OBJETIVO GERAL.....	55
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	55
4. PRESSUPOSTOS	
4.1. PRESSUPOSTO ALTERNATIVO.....	56
4.2. PRESSUPOSTO NULO.....	56
5. METODOLOGIA.....	57
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	57
5.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	60
5.2.1 Critérios de inclusão.....	60
5.2.2. Critérios de exclusão.....	60
5.2.3. Seleção da amostra.....	60
5.3. COLETA DE DADOS.....	60
5.3.1 Categorização da amostra.....	62
5.3.1 Dados qualitativos.....	63
5.3.1 Dados quantitativos.....	66
5.4. ANÁLISE DE DADOS.....	69
5.4.1. Dados quantitativos.....	69
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	69
6. RESULTADOS.....	70
6.1. COMPARAÇÃO COM DADOS DOS INQUÉRITOS BRASILEIROS E METAS INTERNACIONAIS.....	70
6.2. ANÁLISE MACROPOLÍTICA SOBRE FINANCIAMENTO E EVOLUÇÃO DA COBERTURA NO PAÍS.....	71
6.3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS CAPITAIS FEDERAIS.....	74

6.3. ANÁLISE DAS CAPITAIS FEDERAIS.....	91
7. DISCUSSÃO.....	100
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
9. CONCLUSÃO.....	102
10. REFERÊNCIAS.....	113
11. ANEXOS.....	126
11.1 ANEXO 1. CARTA Nº 9/2022-CGSB/DESF/SAPS/MS.....	126

1. INTRODUÇÃO

A noção de política pública é diversa e, em síntese, pode ser descrita também como o campo do conhecimento que induz a ação do governo e analisa o que já fora/será realizado (variável independente), fazendo intervenções de mudanças e/ou buscando o entendimento e comparação dos resultados alcançados em relação a outros que haviam sido planejados ou não (variável dependente). De certo modo, entre as dimensões em que abarca, as análises de políticas públicas (*policy analysis*) pressupõem a resolução de alguns questionamentos: “*quem ganha o quê, por quê e que diferença faz*” (1, 2).

As políticas de saúde, por sua vez, podem ser consideradas um compromisso do Estado em dar devolutivas à sociedade no que corresponde às condições de saúde dos indivíduos e coletividades diante das relações de produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que possuem influências na saúde. Deste modo, perpassam para âmbitos que vão além da saúde. Entendendo-as em seu sentido amplo, abrange, portanto, a relação com políticas socioeconômicas, controle social, economia da saúde e financiamento (3). Neste sentido, as políticas públicas em saúde podem ser relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como relativas aos planos, programas, projetos (*Policy*), e, quando implementadas, devem ser submetidas a monitoramento e avaliação (3).

No Brasil, abranger sobre política pública em saúde exige reconhecer as desigualdades existentes no país, vislumbrando ações equitativas que assegurem o Direito Fundamental à Saúde previsto na Constituição Federal de 1988 como um Direito Social (4).

Neste sentido, enquanto Política Pública, a saúde bucal se deu em consonância com os anseios da sociedade e de movimentos sociais que pretendiam mudar a lógica de acesso restrito aos tratamentos odontológicos que eram em sua maioria, voltados às ações curativas e mutiladoras e, principalmente, modificar a realidade de que o “Brasil era um país dos desdentados” conforme apontou o 1º inquérito epidemiológico realizado em 1986 que analisou a condição de saúde bucal da população residente na zona Urbana (5).

No Brasil, a Política de Saúde Bucal é preconizada pelas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal publicadas em 2004 (6), e perpassa pelos diferentes níveis de Gestão e de Atenção à Saúde com foco nas ações e serviços que formam a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). Tal como são propostas, denotam a reorganização da assistência para que

haja a promoção de qualidade de vida, com intervenção nos fatores que ameacem essa condição. Além disso, traz a saúde bucal em seu sentido amplo conforme abordado no Art.º 196 da Constituição Federal e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com privilégios para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Desta maneira, a Atenção Primária à Saúde (APS) desde a Declaração de Alma Ata em 1978, vem sendo considerada como estímulo para a mudança de práticas no cuidado em saúde. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) detém um conjunto de iniciativas que visam suprir as demandas individuais e coletivas de saúde, para o desenvolvimento de uma atenção integral à população. Deste modo, no campo da Saúde Bucal, a Atenção Primária é desenvolvida orientada pelos seus atributos (primeiro contato, abrangência/integralidade, longitudinalidade/vínculo e coordenação) por meio das Equipes de Saúde Bucal (eSB), estavam presentes em 5.030 municípios do Brasil, destas 3.544 equipes de Saúde Bucal financiadas na Capital Federal vislumbrando o aumento da cobertura e acesso aos tratamentos odontológicos. (7)

Os obstáculos na oferta, no acesso a serviços em saúde bucal faz com que a cárie dentária não tratada seja, ainda nos dias atuais, a morbidade mais comum entre todas as doenças no mundo, repercutindo na economia e sociedade (8). Mesmo assim, o Brasil é considerado o único país do mundo a ofertar de forma pública, universal e em variados níveis de atenção à assistência à saúde bucal para a população (9).

A literatura atual corrobora ao considerar que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tem contribuído de diferentes formas para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde bucal da população (10). Contudo, são necessários avanços para os desafios ainda persistentes que se acumularam ao longo das décadas e que não podem ser sanados de imediato. Porém, a implementação desta política e de suas ações demonstram que é possível a oferta de uma assistência odontológica integral e de qualidade no SUS.

De acordo com Santos et. al. (2021) apesar dos procedimentos considerados mutiladores terem tido diminuição, há divergências entre os municípios que apresentam diferentes níveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹ (11). Há

¹ IDHM abrange três componentes: longevidade, escolaridade e renda de determinado município. São adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios e regiões metropolitanas brasileiras (PNUD/IPEA/FJP. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. c2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/acervo/atlas>)

de se considerar que os tipos de procedimentos podem variar de acordo com o perfil socioeconômicos entre as Capitais Federais.

No que compete aos dados epidemiológicos de saúde bucal, o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos índices para averiguação da condição de saúde bucal, revelam que há redução da experiência de cárie dentária com o passar dos anos, entretanto, diante dos critérios socioeconômicos e regionais, sua distribuição se torna desigual.

Há influência de características estruturais, culturais e socioeconômicas que podem repercutir em diferenças geográficas quanto ao uso dos serviços de saúde. Piores condições socioeconômicas têm sido associadas a maiores desafios de organização e gestão dos serviços de saúde bucal, influenciando em menores índices de acesso a serviços de saúde, procedimentos preventivos e restauradores (11, 12). Ademais, pode comprometer a conclusão de tratamentos à nível de Atenção Primária à Saúde, repercutindo na integralidade e resolutividade do cuidado.

Adicionalmente, fatores socioeconômicos, como desigualdade de renda, possuem influência em fatores comportamentais relacionados à saúde bucal, como maior consumo de açúcares, menor taxa de higienização bucal regular (com dentifrício fluoretado), menor nutrição e menor acesso à informação e educação em saúde, repercutindo em agravos de saúde bucal e sistêmicos (13).

Conquanto o número de profissionais Cirurgiões-dentistas registrados no Sistema de Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) seja de 217.256 e, que destes 37.040 possuam a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) como "cirurgião-dentista de saúde da família" (14) os dados da Pesquisa Nacional de Saúde publicada em 2019, revelam que houve acréscimo de pessoas entrevistadas que consultaram o dentista entre 2013 e 2019 (44,4% e 40,4%, respectivamente) nos últimos 12 meses da pesquisa, entretanto, esse número ainda não pode ser considerado positivo. Além disso, no que corresponde ao perfil daquelas que acessaram os serviços odontológicos, há prevalência das mulheres, pessoas brancas e com alto grau de escolaridade (15). Reforçando que os Determinantes Sociais em Saúde têm relação com o processo saúde-doença.

No que compete à Atenção Primária à Saúde (APS), é necessário que haja o foco para o contexto social e físico onde as pessoas residem e trabalham para além dos aspectos

individuais e de adoecimento. Deste modo, com a APS é possível o equilíbrio entre tecnologias, resolutividade no nível de complexidade apropriado e necessidades de saúde, gerando economias que podem ser aplicadas na diminuição de iniquidades entre a população mais vulnerável socioeconomicamente. (16)

As principais necessidades e agravos de saúde bucal e, conseqüentemente, a deficiência na oferta dos serviços pode ser diagnosticada pelos levantamentos epidemiológicos, conhecidos como SB Brasil, que possuem abrangência nacional. O conhecimento dessas necessidades colabora na definição de políticas públicas, ações e estratégias intersetoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo importante ainda, na avaliação e alocação de recursos e intervenções de acordo com as diferenças sociais e sanitárias encontradas, que, por vezes, favorecem o surgimento de iniquidades em saúde bucal (17).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o *World Dental Federation e International Association for Dental Research (IADR)* estabeleceram objetivos globais para serem alcançados em 2020 que deveriam considerar não somente aspectos de doenças bucais e epidemiológicos, mas também, contextos externos como políticos, socioeconômicos, culturais e relacionados às próprias leis e diretrizes locais para o estabelecimento de instrumentos de planejamentos mais realistas. Deste modo, as desigualdades sociais foram incluídas como objetivos e recomendou-se que houvesse esforço para redução das desigualdades na saúde bucal entre diferentes grupos socioeconômicos dentro de um país e em outros países com diferentes níveis de renda (18).

Evidências científicas abordam que as doenças bucais são mais comuns em grupos populacionais em desvantagem social, ou seja, há correlação entre condições socioeconômicas e saúde, incluindo a saúde bucal. Presume-se, portanto, que o meio ambiente social é um determinante social em saúde (DSS) que pode ter efeito na produção de iniquidades em saúde (19, 20).

Diante desse cenário, é relevante a discussão sobre a questão de que ampliação da oferta de serviços assistenciais pode não significar acesso, e, a saúde bucal seguindo essa mesma lógica, pode não se concretizar como um direito que abrange a todos.

Diante do exposto, este estudo pretende trabalhar sobretudo, o direito à saúde, em especial à saúde bucal. Sendo assim, se propõe com este trabalho a análise da PNSB em Capitais Federais do ponto de vista da implementação da Rede de Atenção à Saúde, especialmente, das Equipes de Saúde Bucal que são um de seus pontos, bem como sua relação com aspectos que a fazem representativa e que supra as necessidades de saúde da população permeadas por seus Determinantes Sociais em Saúde (DSS).

Denota-se que há variadas vertentes relacionadas aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), contudo, o presente estudo tem como foco os aspectos socioeconômicos para traçar a análise comparativa com a evolução da PNSB e, ainda, permeada pelos dados epidemiológicos gerados pelo SB Brasil 2010.

Diferentes razões justificam a escolha de analisar a implementação da PNSB nas capitais federais como objeto de estudo, dentre as quais, a reflexão de como tem sido a sua efetivação e o cumprimento de suas metas em consonância com o que se estabelece na Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080/90 e nas “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal - 2004”, e, sobretudo, se está sendo sustentável do ponto de vista de sua existência. Uma oportunidade para estudar a implementação da PNSB é viabilizada pela análise dos dados sobre evolução ou descontinuidade de ações e serviços em saúde bucal, considerando as capitais federais avaliadas tanto no SB Brasil 2010 quanto no SB Brasil 2020 (vigência 2021-2022).

Conforme elementos trazidos até então, pretende-se entender como ocorreu o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 2010 a 2020, considerando as 27 capitais federais e qual a interface dos dados obtidos com os Determinantes Sociais de Saúde, IDHM-M e escolaridade e, aspectos inerentes às Equipes de Saúde Bucal (eSB). Para tanto, utilizou-se de variáveis que serão explicitadas adiante.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Importa mencionar no início deste capítulo que, apesar da relevância das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (4), não há a formalização da Política Nacional de Saúde Bucal por meio de Leis e/ou Decretos sendo este material utilizado para fins de consulta das ações e serviços a serem ofertados nos municípios e estados e em sua (re)formulação. Abaixo é apresentada a sequência cronológica das ações atinentes à implementação da PNSB (**Figura 1**).

Além disso, se faz relevante o entendimento de como se deu/dá o processo de estruturação da saúde bucal como um direito. Desta forma, serão explicitados neste tópico os aspectos históricos que repercutem nesta construção.

A consolidação e alteração da lógica dominante até a criação da PNSB foi longa e contínua e teve início no contexto da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 70 que acompanhou o que vigorava em torno do direito social da saúde (21).

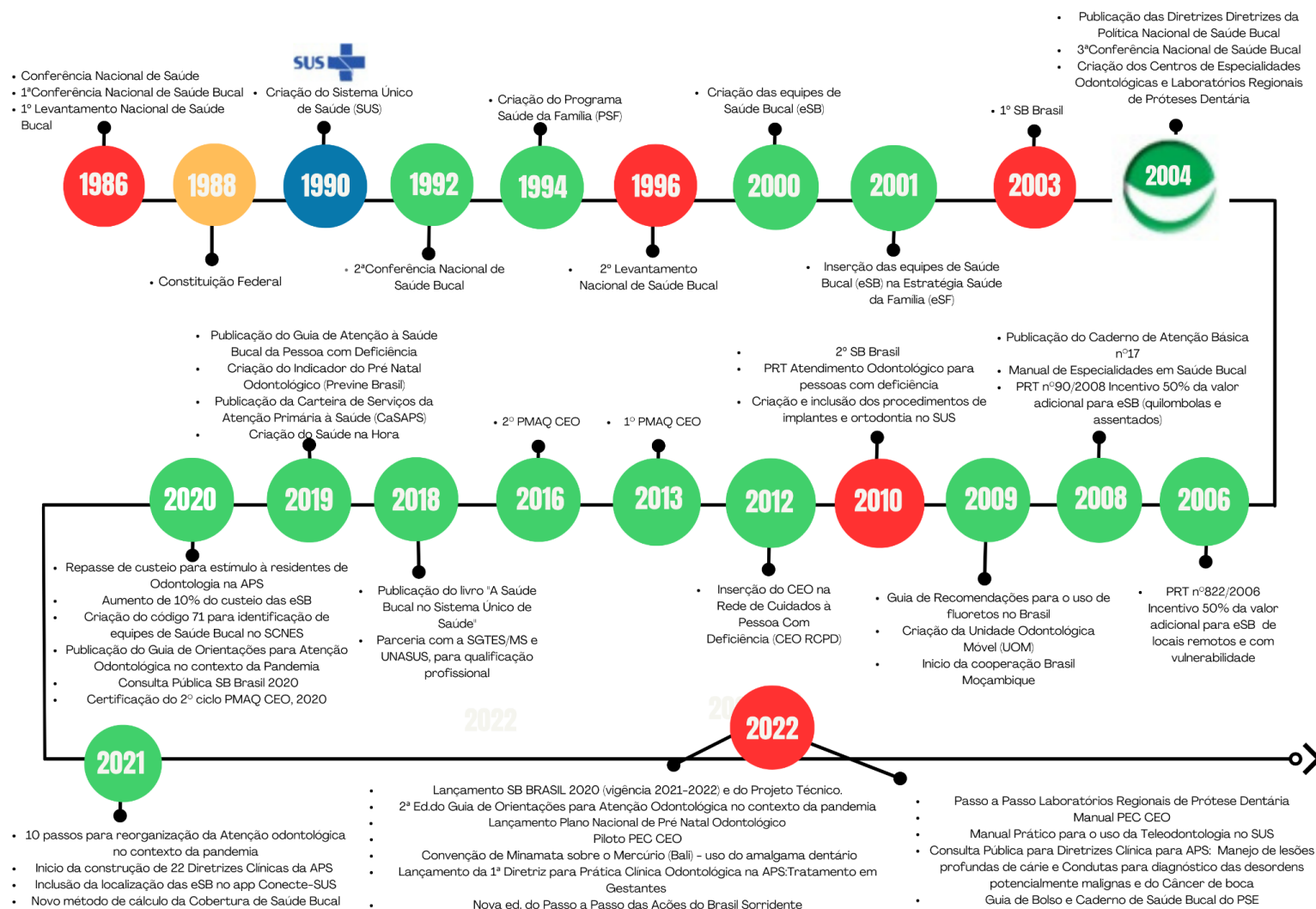
Na década seguinte, já em 1980, com influência de conferências internacionais de saúde e com a Declaração de Alma Ata, ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) dando à Atenção Básica notoriedade para a condução das políticas públicas de saúde (22).

As agendas que aconteciam no país eram convergentes no sentido de maior participação da população, planejamento, universalização do acesso aos serviços de saúde, dentre eles os do âmbito da saúde bucal.

Paralelamente, o país enfrentava resquícios da ditadura militar e neste ínterim já eram notórios os caminhos que deveriam ser percorridos pela mudança de modelo da oferta e cuidado à saúde. Cresceram movimentos voltados ao dimensionamento da saúde e, também, da prática odontológica, tal como o denominado “Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO)”, que era em sua maioria, formado por jovens se articulando por diferentes pautas tais como contribuição para a criação de uma “Política Nacional de Saúde Oral”, fortalecimento e melhoria de planos e salários dos profissionais de saúde bucal, melhor condução e definição dos programas da Odontologia pública nas

secretarias estaduais de saúde e educação e encarando as doenças bucais como um “problema” (23).

Figura 1 – Linha Cronológica dos principais acontecimentos da Política de Saúde Bucal no Brasil 1986 - 2022.



Fonte: Adaptado da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS).

Vários eram os movimentos neste mesmo sentido que vislumbravam maior reconhecimento e novos rumos para a saúde, deste modo, acredita-se que em síntese, a pauta foi ganhando força e sendo construída e defendida dentro de diferentes contextos como no Encontro Científico de Estudantes de Odontologia - ECEO, Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico - ENATESPO, Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO, Associação Brasileira de Odontologia Preventiva - ABOPREV, Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva, entre outros (22, 24, 25).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde com os temas centrais de “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor” (26). A VIII CNS deu materialidade à necessidade de construção de um sistema de saúde universal, sendo a primeira com a participação popular e dando maior visibilidade a esse feito.

No mesmo ano aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) com moldes similares aos da VIII CNS, tendo como temáticas “Saúde como direito de todos e dever do estado”, “Diagnóstico de saúde bucal no Brasil”, “Reforma sanitária: inserção da odontologia no sistema único de saúde” e “Financiamento do setor de saúde bucal”, tendo sido realizada pelo Ministério da Saúde e pela Universidade de Brasília (UnB), com parceria do INAMPS, Conselho Federal de Odontologia e Secretarias Estaduais de Saúde e que contou com ampla participação de entidades de classe, sociedade civil, entre outros (26, 23). Na ocasião, o relatório final a considerou como “*o que de mais democrático e progressista a Odontologia e a Sociedade Civil Organizada do País produziram até esta data sobre saúde bucal*” (27).

Ademais, demarcou como importante a adoção de um Programa Nacional de Saúde Bucal, conforme trechos do documento final abaixo:

“5. O Programa Nacional de Saúde Bucal deverá estar inserido no Sistema Único de Saúde, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal”.

(...)

41. Formulação do Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis Federal, Estadual e Municipal.

(...)

42. Determinar, nesse Programa, as prioridades mínimas para o setor, garantindo: 42.1 - atendimento na faixa de 0 a 14 anos; 42.2 - atendimento a gestantes; 42.3 - atendimento do adulto; 42.4 - para a manutenção dessas prioridades, deverá haver a concordância democrática da população atendida. ”

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde promoveu o 1º Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal na zona urbana, de início, não havia consenso sobre sua realização já que se acreditava que as necessidades de tratamento seriam amplas e só revelariam que o “problema seria imenso” (5). Contudo, foi realizado sob algumas razões:

“Reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; segundo, a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada (mesmo em países com altos índices de doenças bucais e serviços bem estruturados, apenas parte das pessoas com problemas procuram atendimento a cada ano), cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carentes e, finalmente, em terceiro lugar, a possibilidade cada vez mais próxima e concreta de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia, para o qual estes subsídios são essenciais.” (5).

Sendo assim, houve melhor definição de quais eram os principais agravos em saúde bucal e por demanda de serviço na população da faixa etária de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos (5).

Neste cenário de democratização, em 1988, houve a aprovação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Carta Magna, o Estado brasileiro passou a ter dever em assegurar aos cidadãos o direito à saúde (4, 28).

Sendo assim, com a Promulgação da Constituição Federal (1988) que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, independentemente de qualquer aspecto social, trabalhista ou racial, a criação de um sistema único de saúde foi materializada. Inicialmente com a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que objetivou a unificação do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) que era desde 1966, responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social.

Posteriormente, em 1990, com a Lei nº 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (29). De forma complementar, no mesmo ano foi publicada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão

SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (30). Deste modo, na contramão do modelo assistencial vigente até então no país, do qual apenas os trabalhadores formais e seus dependentes segurados pelo INAMPS tinham o direito ao acesso público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge, perpassando o direito social da saúde e, ainda estabelecendo princípios e diretrizes básicas para assegurá-lo (31).

Desta forma, o SUS é resultado de anos de discussões e reivindicações de diferentes atores sociais de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Foi estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988 e definido pelas Leis 8.080 e 8.142 (32).

Dando continuidade ao que pairava o país, e na mesma lógica da VIII CNS, em 1992, ocorreu a 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema de “Municipalização é o Caminho”, o qual preconizava a realização de Conferências Nacionais que tratassem sobre assuntos específicos. Sendo assim, no ano seguinte aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal onde foram debatidas as pautas sobre a importância da saúde bucal e feitas críticas sobre o modelo de saúde bucal vigente à época:

“O modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação” (33).

Desse modo, o modelo em vigor se mostrava divergente ao direito de cidadania da população e às propostas da Constituição Federal de 1988 no que corresponde à universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica e, principalmente, ao direito dos indivíduos à saúde.

Em síntese, a Conferência Nacional de Saúde Bucal alicerçada com a 9ª Conferência Nacional de Saúde trouxeram em seu escopo a importância da municipalização como uma estratégia precípua para a efetivação das ações e estratégias do SUS, facilitando e permitindo a autonomia dos entes para planejarem, executarem e avaliarem os serviços de acordo com os recursos, priorizando políticas públicas de acordo com os recursos disponíveis e adequados às suas realidades locais repercutindo para a integralidade do cuidado em saúde da população (33). Além disso, deu-se ênfase ao poder de decisão dos entes federativos e à discricionariedade para adesão à saúde bucal.

Ainda, foram evidenciados o direito de cidadania, efetivação dos compromissos da reforma sanitária, e modelo de atenção concernentes com os recursos humanos, o desenvolvimento tecnológico, o financiamento e o controle social (34).

Deste modo, a ascensão da saúde bucal foi acompanhada pela alteração do modelo assistencial no Brasil, inserindo-a, portanto, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a descentralização, equidade, a integralidade e o controle social (35).

Já em 1996, 10 anos após o 1º Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal, houve a realização do 2º levantamento pelo Ministério da Saúde, conduzida pela Área Técnica de Saúde Bucal juntamente com a Associação Brasileira de Odontologia - Nacional, Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as Secretarias Estaduais de Saúde, objetivando verificar as alterações ocorridas no perfil da população brasileira restringindo a pesquisa a cárie dentária em crianças escolares na faixa etária de 6 a 12 anos das 27 capitais e do Distrito Federal (36).

À época, a nova proposta foi criticada por alguns pesquisadores, pois eles acreditavam haver restrição tanto no que concerne à faixa etária, quanto ao público estudado ser de apenas de escolares. Ainda também havia críticas quanto à condição avaliada comparativamente à pesquisa de 1986, sendo considerada um retrocesso em relação a continuidade e utilidade para a política pública de saúde bucal (34).

Desde então, são prementes as ações que visavam a incorporação da saúde bucal na agenda/prioridade política. Destaca-se neste mesmo período, maior priorização das ações voltadas para a Atenção Básica com a criação da Estratégia Saúde da Família, em que anos mais tarde às Equipes de Saúde Bucal vieram a compor como uma proposta de reorganização das práticas odontológicas e, portanto, do que posteriormente veio a ser um ponto da RASB (34).

Conforme mencionado à incorporação da equipe de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família, salienta-se que teve início em meados de 1994, por meio de articulações de entidades de classe, Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, coordenações estaduais e sociedade civil buscando fortalecer a pauta, bem como incorporá-la ao Programa Saúde da Família (PSF), recém criado à época (23).

O Programa Saúde da Família (PSF) juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) buscavam reorganizar o cuidado em saúde oferecido no âmbito da Atenção Básica, a partir do estabelecimento de vínculo e responsabilização dos profissionais com os usuários e suas famílias nos seus territórios, além de incorporar os princípios e diretrizes do SUS. Essas propostas surgem na tentativa de garantir os direitos estabelecidos em nossa Constituição Federal/88 e nas Leis Orgânicas da Saúde e, ainda, reestruturar o modelo assistencial médico centrado e a visão do processo saúde-doença restrito (37):

“Essas estratégias políticas nascem no bojo do acirramento da crise estrutural do setor saúde no país, vivenciada pela população brasileira que por muitas décadas, percebe o distanciamento entre seus direitos garantidos em leis (CF/88, 8.080/90 e 8.142/90) e a capacidade efetiva do Estado em ofertar as ações e serviços públicos de saúde, o mais perto possível dos territórios sócio-sanitários dos indivíduos, famílias e comunidades” (37).

Do ponto de vista da saúde bucal, a incorporação do Programa Saúde da Família (PSF), fez emergir em 1995, divergências quanto à importância da temática na agenda/prioridade pública já que havia, desde então, tentativas de inclusão da saúde bucal no escopo do PSF. Contudo, na ocasião, sua condução ficou limitada a outros temas também relevantes, como a fluoretação das águas e o inquérito epidemiológico (SB BRASIL) (23, 38). A inclusão da ESB no PSF se deu pela defesa de profissionais que trabalhavam no extinto Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, com a alegação de que experiências exitosas neste sentido haviam ocorrido em alguns municípios. Além disso, surgiu com a proposta precípua de estar amplamente difundida e estabelecida em diversos programas, visando a integralidade do cuidado que perpassa pelas diferentes vertentes e necessidades da população. Sendo assim, era pretendido que a saúde bucal fosse entendida para além dos aspectos “meramente” da saúde, perpassando também por outras estratégias e sistemas, tal como pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas). Na época, a inclusão da saúde bucal na equipe mínima foi justificada também pela especificidade das ações que não poderiam ser desenvolvidas pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a). Sua inclusão se deu por meio da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 e suas normas e diretrizes pela Portaria nº 267GM/MS de 06 de março de 2001 (22, 38, 39).

Sendo assim, esta inclusão visava entre outras coisas, a integralidade da atenção à saúde que é um dos princípios do SUS, e caracterizada pela Lei nº 8.080/90 como: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais

e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (40) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o conceito é entendido como:

“Conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade”.

A associação das equipes de saúde bucal com a estratégia saúde da família pretendia que, no contexto de um trabalho multiprofissional, houvesse o reforço do cuidado e das práticas em saúde de forma integral e constituinte das necessidades de saúde das pessoas.

No ano de 2000, publicação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, apontou que aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, corroborando com o interesse do então ministro da saúde, Dr. José Serra em estudar a inclusão das equipes de saúde bucal no PSF. Contudo, acredita-se que a inclusão da saúde bucal no PSF se deu tardiamente com vasto prejuízo para a área (24, 25, 22).

Salienta-se que antes do surgimento do Programa Brasil Sorridente, as ações voltadas à saúde bucal eram de caráter individual com semelhança às práticas de consultórios particulares sem consideração dos aspectos da população como um todo. Além disso, o modelo de atenção vigente privilegiava a população em idade escolar, tida como “epidemiologicamente mais vulnerável” (41).

Em 2002, após a eleição do então presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva, que trazia em seu plano de governo a saúde bucal como uma de suas prioridades, houve reunião com militantes partidários que culminou na publicação de um relatório denominado “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”, sendo portanto, uma janela de oportunidades de fortalecimento e consolidação da pauta de saúde bucal pela sua junção com outra estratégia que também se tornou prioritária à época que era a “Fome Zero” (34).

Diante do contexto acima, houve maior priorização da pauta de saúde bucal neste período, e foi percebida uma maior necessidade de aprimoramento por parte dos dirigentes do país. Oportunamente, houve a realização do 3º Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal em 2003, que contou com maior abrangência, visto que foram avaliados os principais agravos de saúde bucal na população tanto urbana como rural. Na ocasião, a pesquisa passou a ser identificada como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” (42). Para cumprir com os objetivos do projeto, foram recrutados 2.000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros) para conduzirem a pesquisa num total de 250 municípios participantes da amostra, selecionados por sorteio em que se considerou 50 municípios para cada macrorregião (42).

Os resultados do levantamento epidemiológico revelaram que o país possuía uma grande demanda social com mais de 30 milhões de desdentados no País. Suscitou, portanto, a necessidade de maior discussão e busca por intervenções. Sendo assim, aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 2004 com o tema “Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social”, que contou com ampla participação do controle social e de etapas municipais, estaduais e nacional. O relatório final considerou que as colocações ali estabelecidas eram o início de uma série de medidas que deveriam ser tomadas para tornar as propostas uma realidade que contrapusesse às diferenças do acesso à saúde bucal (43)

Ademais, no período, a então Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde voltou a ser denominada Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) e convidou especialistas para formar a Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal composta por 14 (quatorze) membros que foi formalizada pela Portaria nº 36 de 14 de janeiro de 2004 (34). A comissão deu materialidade às discussões que eram feitas em eventos, pesquisas, organizações e pelas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, consolidando-as em um documento que passou por contribuição das Coordenações Estaduais de Saúde Bucal. Esse documento se tornou o que viria a ser a nova Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, contendo as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal que foram apresentadas e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, foi aprovada também, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que ocorreu em fevereiro de 2004 (44)

Sublinha-se, portanto, que a saúde bucal teve maior repercussão na agenda de governo por meio da publicação do documento acima mencionado - Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - que reafirmou a importância da atenção básica e da Saúde da Família e ampliou a atenção especializada em saúde bucal no âmbito do SUS (45). Ademais, inovou a estrutura do sistema de referência em atenção à saúde bucal ampliando a oferta de serviços odontológicos com a instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD) que foram importantes para perseguir com ideia de integralidade clínica do cuidado em saúde bucal.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal eram, portanto, um vislumbre da possibilidade de aumento de cobertura e resposta às demandas da população, alcançando medidas de caráter coletivo. Para isso, privilegiava o trabalho em equipe, por meio das relações com os usuários e gestão, repercutindo em uma reformulação das formas de produzir cuidado em saúde bucal que objetiva, sobretudo, a equidade de suas ações e serviços (4).

Ainda no ano de 2004, por meio da Lei nº 10.933 que dispõe sobre o Plano Plurianual (PPA) para o período de 2004 a 2007, foi criada a ação orçamentária específica para a saúde bucal como forma de expressar as prioridades de governo (46). Desde então, a saúde bucal possui recursos financeiros federais específicos (34). Ainda nesse ano, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde/PNS – “Um Pacto pela Saúde no Brasil” pela Portaria nº 2.607GM de dezembro (47), com 16 iniciativas prioritárias, incluindo a saúde bucal já no seio do Programa Brasil Sorridente com as Diretrizes da PNSB. Foram estabelecidas uma gama de ações para a reorientação do modelo prevalente que se pautaram em:

“1 - na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; 2 - na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 3 - na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e 4 - na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos

e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção”(4).

No que compete à implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, foi criado por meio da Portaria MS/SAS nº 939, de 21/12/2006 (48), uma rede de Centros Colaboradores (CECOL) que tinha o intuito de apoiar ações de vigilância da saúde bucal desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde e foi proposta pelo Comitê Técnico Assessor (CTA) de Vigilância em Saúde Bucal. Até o final de 2007, existiam, 8 (oito) CECOL instalados em universidades brasileiras que elaboraram o plano de estruturação e implantação do componente de vigilância da saúde bucal da Política Nacional de Saúde Bucal (44).

Contudo, conforme já mencionado, apesar do entendimento sobre a relevância da saúde bucal, a sua incorporação como uma política de estado passa por amplos processos. Para que o direito humano à saúde bucal vá além do preconizado em documentos oficiais e leis, se tornando algo concreto pelas ações públicas e privadas, deve-se inserir a pauta em políticas públicas formuladas, implementadas e avaliadas na esfera pública, com capacidade de dar a devida participação democrática à sociedade (24). O arcabouço normativo, alicerçado somente em portarias ministeriais, apresenta-se frágil ao ser comparado com políticas implantadas por leis e decretos (34).

Neste sentido, no que compete aos dias atuais, tramita no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 8.131/2017 que quer: “Instituir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS” (49). Destaca-se que outras áreas temáticas também têm pleiteado a obrigatoriedade de suas políticas específicas acrescidas à Lei nº 8080/1990. Cabe, entretanto, ressaltar que é elemento constituinte desta Lei a integralidade do cuidado, ou seja, os princípios de integralidade do cuidado já estão subentendidos no escopo da norma.

Outro ponto de extrema relevância é que em 17 de maio de 2019, com a publicação do Decreto 9.795, foi aprovado o regimento interno do Ministério da Saúde (MS), que criou a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e compôs o Departamento de Saúde da Família, que é a área do Ministério da Saúde responsável pela coordenação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB),

entre outras (50). A ação impactou em novos recortes e definições para a Política de Atenção Básica e, conseqüentemente, para a Política Nacional de Saúde Bucal.

Ademais, é relevante mencionar que as ações e medidas tomadas na/pela gestão federal impactam sobremaneira o desenvolvimento da política e programas nos diferentes municípios e estados. Neste sentido, alguns autores questionam as recentes mudanças ocorridas na direção da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DESCO/MS) e consideram que as constantes mudanças ocorridas desde 2016 na coordenação-geral de saúde bucal sejam um descaso com a área (51, 52).

No período entre 2017 e 2023, houve um total de 7 (sete) mudanças no comando do Ministério da Saúde (MS), que repercutiram também na CGSB. Estas mudanças geraram fragilidades técnicas e políticas e, ainda, influenciaram na condução e apoio institucional oferecido aos estados e municípios no que compete à tomada de decisões, principalmente diante dos desafios gerados pela pandemia da Covid-19. A **Figura 2** registra o cenário de mudanças no Ministério da Saúde no período entre 2016 a 2023.

Figura 2. Mudanças na Coordenação da Área de Saúde Bucal no Ministério da Saúde entre os anos de 2002 a 2023.



Fonte: Arte desenvolvida por Flávia Santos e Gustavo Ribeiro Adaptado de RUIZ, D. C.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L., 2021; e CHAVES, et. al., 2018 (52, 21).

O recordatório teórico acima situa-nos nos principais aspectos envolvidos, à nível Federal, com interferência direta no desenvolvimento das ações da PNSB ao longo dos dez últimos anos. Entendendo o percurso político, bem como a necessidade de estados e municípios terem priorizado a implementação dos serviços da PNSB como iniciativa de gestão nos seus governos locais, este trabalho tem como foco verificar se, nos municípios avaliados no levantamento nacional de saúde bucal de 2010 e em 2020 (capitais federais) houve alguma mudança na implementação de ações e serviços de saúde bucal nesse interstício de 10 anos. A forma como foi conduzido o estudo e os resultados serão apresentados nos capítulos subsequentes.

2.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Inicia-se esse capítulo com o entendimento de que o termo “Boca” vai além do seu aspecto reducionista e perpassa pela noção de que em sentido integral, faz parte de um conjunto de saúde que não deve ser dissociada das ações, serviços e outros aparatos estatais. Devendo-se, portanto, mudar a lógica dos cuidados voltados ao processo saúde-doença como um aspecto meramente biológico e unicausal tal como preconiza o modelo flexneriano que não dá a devida importância às dimensões sociais, psicológicas, econômicas em que os indivíduos estão submetidos (53).

Ademais, o relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal traz a temática da saúde bucal como indissociável da saúde geral dos indivíduos, estando inteiramente associada a: “condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação” (33). Denotam, portanto, dependência desses aspectos na saúde integral da população e reforçaram a necessidade de atenção aos Determinantes Sociais em Saúde para explicar o processo de saúde-doença, minimizando o seu aspecto biologicista e não a reduzindo tão somente a oferta de serviços de saúde.

O termo “A saúde começa pela boca” é comumente utilizado para enaltecer a priorização que a saúde bucal deve ter para os cidadãos, e dos profissionais da saúde que deve ser garantida por intermédio das políticas de Estado (54). Neste sentido, as desigualdades em saúde se expressam também pelas condições de saúde bucal da população.

Desse modo, há que se entender sobre o que seriam os “Determinantes Sociais em Saúde (DSS)” e como eles influenciam o processo saúde-doença. Na tentativa de responder a esses questionamentos, alguns autores estabelecem modelos sobre ‘Determinação Social’ (50). Um dos mais conhecidos e o que a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) privilegiou, foi o de Dahlgren e Whitehead (1991) pela sua clareza e objetividade (55), descrito na **Figura 2** abaixo:

Figura 3. Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Adaptado de Mendes (55).

O modelo de determinação social proposto abrange 5 (cinco) níveis de intervenções que tem variação de acordo com comportamentos, condições e estilos de vida e, que por sua vez, denotam estratificação por riscos e podem determinar graus de exposições:

“Na camada 1 (externa), são os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Abrange os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores. Nesse caso, os comportamentos e os estilos de vida não dependem somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

A camada 2 destaca a influência das redes sociais (relação entre os atores sociais), cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações.

Na camada 3, estão os determinantes intermediários que representam os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a

condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços.

A camada 4, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo contextos internacionais” (Adaptado de Mendes [51]).

De forma mais sintética, a distribuição desigual de recursos, as diferentes estratificações sociais e sanitárias nas regiões e no país e, ainda, entre os países, associadas a injustiças que acometem: “as condições de vida da população, de forma imediata e visível (acesso à atenção à saúde, à educação, às condições de trabalho, ao tempo livre e à habitação) e a possibilidade de ter uma vida próspera”, são consideradas como determinação social. Sendo assim, a observância a esse modelo colabora com o planejamento de sistema de saúde que devem ser acessíveis, de qualidade e sua oferta realizada de forma equitativa e eficiente (55).

No que compete à noção de cidadania, considera-se que o seu conceito é subjetivo e pode repercutir em restrição e/ou proposições às ações do Estado, tal como os direitos civis ou ainda necessitem de intervenção do Estado, como os direitos sociais, neste caso o acesso à saúde (56, 37).

Deste modo, com o fortalecimento dos direitos à seguridade social, incluindo direito à saúde, à assistência social e à previdência trazidos no teor da Constituição de 1988 como estratégia do Estado em prever e propor intervenções, foram fomentadas as políticas públicas que incluíssem a questão do combate à pobreza, as injustiças sociais, o desenvolvimento social e que minimizassem as consequências negativas que perpetuavam inclusive na saúde da população, principalmente aquelas que apresentassem alguma vulnerabilidade socioeconômica (57).

A universalização do acesso constitui um dos principais entraves para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso à saúde bucal pode ser multifatorial abrangendo fatores políticos, organizacionais, contextuais e simbólicos. É salutar que esses critérios sejam levados em consideração a fim de garantir integralidade do cuidado à saúde. Somado a isso, questões vinculadas a porte populacional, políticas de saúde bucal, estrutura do serviço, contexto social, fatores econômicos, aspectos demográficos e comportamentos coletivo e individual têm forte influência sobre o modelo político, organizacional e de assistência à saúde bucal (58).

Além disso, a forma como os grupos sociais usam e ocupam o espaço geográfico determina, em parte, o processo saúde-doença. Neste sentido, esse espaço se utilizado para análise, permite a compreensão de formação das iniquidades, inclusive em saúde, que podem ser construídas a partir da ocupação desigual desse espaço geográfico. Além disso, retratam que o próprio município pode ser expresso como “retrato” das desigualdades na distribuição geográfica, política, econômica e social (58).

Desta forma, considerando que a promulgação das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal se deu em um período longínquo e que foi permeado pelos diferentes contextos históricos, culturais, alteração na Gestão Política repercutindo em Crise política e fiscal, subfinanciamento, falta de priorização de determinados programas e políticas, impactou sobremaneira no desenvolvimento das ações e serviços e, principalmente na garantia do direito à saúde assegurada pela Constituição Federal de 1988. Soma-se a isso, o fato de que os Determinantes Sociais em Saúde e, sobretudo, o direito de acesso à saúde previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90 devem ser considerados na implementação de Políticas Públicas que possibilitem a efetivação de um Sistema de Saúde Universal (SUS) que tenha condições de garantir este direito.

No que concerne ao princípio da equidade prevista no artigo 5º da Constituição Federal que pode ser traduzida como a busca por diminuição das desigualdades sociais. Em que pese todas as pessoas possuem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Desta forma, as iniquidades sociais são associadas à maioria dos agravos bucais e ao acesso e utilização dos serviços (59). Se por um lado, a diferença na alocação dos recursos entre as diferentes regiões e estados está em conformidade com a produção dos serviços, por outro, acaba sancionando desigualdades na distribuição de suas ofertas (59).

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Básica que inclui a Política Nacional de Saúde Bucal, traz em seu escopo a integralidade aliada aos Determinantes Sociais em Saúde compreendendo a multicausalidade no processo saúde-doença e a considerando como uma estratégia precípua para minimizar alguns deles, conforme abaixo:

“Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica” (40).

Neste sentido, diversos contextos sociais, políticos e emergências em saúde pública podem ter efeitos deletérios direto na população mais vulnerável, de menor renda e menor escolaridade. Sendo assim, as medidas protetivas que incluem aumento do financiamento tendem a diminuir as iniquidades em saúde bucal (9). A PNSB alcançou impactos significativos para benefício da população, tendo havido redução nas desigualdades de acesso e aumento na utilização dos serviços odontológicos. Contudo, persistem iniquidades em determinados grupos populacionais (54).

O setor público tem a atribuição de equilibrar as políticas que tratam da economia e promoção do crescimento econômico e, ainda, da diminuição das carências sociais. Sendo que nos últimos anos houve maior acúmulo de tecnologias e produtividade no setor privado ao compasso de maior demanda social e restrição de recursos públicos evidenciadas pela crise fiscal (60).

Devido aos problemas de subfinanciamento, coordenação política e gerencial, a saúde bucal pode sofrer influências no que corresponde a sua continuidade e manutenção, mesmo considerando o aumento significativo de incentivos financeiros no período de 2003 a 2014. (61).

Por meio da crise econômica mundial que se fez sentir no Brasil a partir de 2011 culminando com o golpe de estado de 2016 e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, houve comprometimento das políticas públicas e, conseqüentemente, a Política de Saúde Bucal e seus principais avanços já alcançados até 2014. Sendo assim, a do Programa Brasil Sorridente depende de vontade política e movimentação popular, pois tradicionalmente no Brasil, programas de governo não são sinônimos de programas de Estado podendo ser previsto um desafio para o setor (9).

Portanto, há que se considerar que o desenvolvimento da Política Pública de forma sustentável, equânime, acessível, é por si só um desafio uma vez que as desigualdades já são difíceis de serem mitigadas inicialmente em seu nível microrregional (9). Diante disso, a saúde

coletiva, constituída nos limites do biológico e do social, ainda continua a ter o dever de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde.

Sendo assim, ao longo da trajetória da Política Nacional de Saúde Bucal foram incorporadas pelo Governo Federal algumas estratégias que visavam a redução de desigualdades e maior equidade na composição das ações e serviços ofertados. Pode-se citar a publicação da Portaria nº 822 de 17 de abril de 2006 e Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008 que instituíram recurso financeiro adicional de 50% no valor de custeio mensal para municípios com Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família que atendessem residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos (63, 64).

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) incorporando dentro de suas ações a Saúde Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas que já possuíam como uma de suas atividades obrigatórias o atendimento à pessoas com necessidades especiais, mas que a partir da exclusividade de cadeira odontológica na Carga Horária de 40 horas semanais exclusivas, dentre outros critérios, passaria a receber 20% adicional no incentivo financeira de custeio mensal. Sendo assim, se apresentava com uma tentativa para ampliar o acesso à saúde bucal à públicos específicos e, ainda, por meio do acréscimo do recurso, induzia a implantação da estratégia nos municípios.

Anos mais tarde, o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, pôde ser considerado por alguns como indutor e “minimizador” de desigualdades sociais a partir do estímulo ao cadastro da população reconhecendo o seu perfil e suas necessidades prementes (65). Ademais, foi instituído também o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, que foi formalizado pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019 (66) com a intenção de que os municípios tivessem condições de melhorar as suas estruturas físicas e seus “sistemas de informação” possibilitando maior alcance, registro e qualidade da informação e do cuidado em saúde. Neste sentido, estas ações pressupunham que houvesse maior acesso a partir da noção da população cadastrada, tipologia do IBGE e oferta de serviços a públicos específicos por meio de pagamento por desempenho (65). Contudo, desconsiderava particularidades e contextos existentes em um mesmo território tal como o socioeconômico, contrapondo a lógica de que a Política Pública em Saúde é criada para atender também às necessidades individuais.

Em virtude do que foi apresentado neste Capítulo, e para compreensão da Política Nacional de Saúde Bucal do ponto de vista de sua sustentabilidade e equidade, foi definido como abordagem o Determinante Social em Saúde socioeconômico, desta forma, foi utilizado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que é uma medida criada pela desagregação dos municípios ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) favorecendo as análises da realidade para ratificar a relevância das pessoas e de suas capacidades diante do desenvolvimento do país. (67). É um indicador sintético referente ao nível de qualidade de vida de populações que é composto pelas dimensões longevidade, educação e renda (68).

Além disso, foi selecionada a covariável “% de 15 a 17 anos de idade com ensino fundamental completo 2010”, já que níveis de escolares podem expressar também iniquidades e, portanto, podem estar associadas a piores condições de saúde bucal. Neste sentido, alguns estudos apontam que escolares beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), por exemplo, normalmente apresentam índices de prevalência e experiência de cárie elevados e são os que menos acessam os serviços de saúde bucal se comparados aos alunos não beneficiários independente da natureza jurídica da escola. (69, 70)

Desta forma, os DSS escolhidos, guardam relação com as Camadas Distais 3: determinantes intermediários; e Camada 4: macrodeterminantes, do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), apresentado na **Figura 3**.

2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL

Outro importante instrumento de gestão utilizado pela tríade ensino-gestão-serviço na reorientação das ações da PNSB é a vigilância em saúde. No decorrer dos capítulos anteriores evidenciou-se que ao longo dos anos as ações e serviços em saúde bucal levaram em consideração os aspectos epidemiológicos para reorganização das ações estratégicas.

A vigilância epidemiológica é reconhecida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 como sendo um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é entendida pelo Art. 6º, § 2º, como: (49)

“conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

No âmbito da Atenção Primária à Saúde a Vigilância Epidemiológica está inserida dentro de um contexto amplo de Vigilância em Saúde que engloba as Vigilâncias (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e, portanto, juntamente com a Promoção à Saúde são consideradas como “referenciais essenciais” para o diagnóstico situacional do processo saúde-doença e propostas de intervenções. (40)

Deste modo, os profissionais de saúde bucal também têm a responsabilidade de aplicá-las em sua rotina de trabalho já que fazem parte das equipes da Atenção Primária estando sujeitos às mesmas responsabilidades sanitárias e atribuições previstas nas normativas.

Embora sua relevância seja reconhecida, acredita-se que a vigilância epidemiológica seja pouco utilizada nos modelos de assistência à saúde. Sua consolidação no campo da saúde bucal se dá anteriormente à instituição do Sistema Único de Saúde com o 1º inquérito epidemiológico de saúde bucal que deu robustez aos dados nacionais da condição de saúde bucal da população residente na zona Urbana. (71)

Desta forma, o Projeto SB Brasil (conforme explicitado no Capítulo 1), vem ao encontro da proposta de mudança de modelo de atenção à saúde e, da responsabilidade dos profissionais diante do componente de vigilância em saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (72). Neste sentido, este levantamento epidemiológico, que é realizado normalmente a cada 10 anos, visa a

averiguação da condição de saúde bucal e o conhecimento dos agravos e doenças bucais mais prevalentes na população brasileira possibilitando e instrumentalizando os diferentes entes sobre o planejamento monitoramento e avaliação das políticas de saúde. (72)

O caráter epidemiológico é considerado pelas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal como um “dever” a ser cumprido pelas ações e serviços em que para se tornar mais efetiva diante da Política Pública em Saúde, necessita estar associada ao conhecimento dos Determinantes Sociais em Saúde sendo, portanto, um “retrato” daquilo que carece de maior atenção por parte dos gestores, conforme abaixo:

“O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, **é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis.**” (6)

Salienta-se que por meio dos resultados obtidos nos inquéritos epidemiológicos realizados em 1986, 1996, 2003 e 2010 foram possíveis a obtenção de uma série histórica de dados comparável regional, nacional e internacionalmente a respeito da evolução ou não dos índices avaliados na população brasileira de acordo com as faixas e grupos etários estudados (5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos).

Ressalta-se que no presente trabalho foram considerados como “dados epidemiológicos os índices CPO-D e o componente “C”. Além disso, optou-se pela utilização da faixa etária de 12 anos, que é considerada padrão internacional para avaliação e comparação entre crianças e adolescentes do índice CPO, pois, reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente, permitindo o acompanhamento das tendências da doença. (72)

Tabela 1. Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI e os resultados epidemiológicos alcançados para cárie dentária no Brasil em 2003 e 2010.

1986		2003		2010	
Aspectos Epidemiológicos					
Meta OMS	Média no Brasil	Meta OMS	Média no Brasil	Meta OMS	Média no Brasil
CPOD 12 anos (parâmetro internacional)	6,7	CPO-D < ou = 3	2,78	CPO-D < ou = 1 CPO-D de, no máximo, um dente cariado, perdido ou obturado	2,07
Componente "C"			1,62		1,21

Fonte: BRASIL, 2004; BRASIL, 2012; NARVAI, P.C., 2000 (42, 72, 73)

Neste sentido, verifica-se que houve melhoria dos índices relacionados à cárie dentária quando o Brasil tomou como medida a obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento e também o uso de dentifrícios fluoretados. Percentual de pessoas com tratamento odontológico também foram notados entre 2003 e 2010. Deste modo, as medidas de saúde pública tomadas de fluoretação das águas de abastecimento e também do uso de dentifrícios fluoretados tentavam assegurar melhores condições de saúde bucal à população e, sobretudo, nos locais onde os resultados epidemiológicos foram menos favoráveis (34).

2.4. EQUIPES DE SAÚDE BUCAL: PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL

Conforme identificamos no **Tópico 2.1**, durante a revisão da literatura pertinente ao assunto, alguns municípios brasileiros ao optarem pela adoção da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), já trabalhavam com atividades em saúde bucal, mesmo antes da publicação da Portaria n.º 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (38) pelo Ministério da Saúde.

Ressalta-se, portanto, que as Equipes de Saúde Bucal são parte integrante da Atenção Primária à Saúde, que é considerada a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, ainda, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços. (40)

Deste modo, prezando pelo princípio da integralidade da atenção, para que os pontos da RAS não se tornem um emaranhado, é necessário que haja gestão qualificada, multiprofissional e voltada às principais demandas do território, que devem ser de responsabilidade sanitária das equipes de saúde que nele atuam. (40)

Sendo assim, existem 2 (dois) tipos de Equipes de Saúde Bucal, denominadas como “modalidade”, que são compostas pelos seguintes profissionais: Modalidade I - Cirurgião-Dentista; e Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal e Modalidade II - Cirurgião-Dentista; Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal; e Técnico em Saúde Bucal. Considerando a Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 (74) que instituiu a equipe de Atenção Primária - eAP e dispôs sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada, para a modalidade I, é facultada a possibilidade de serem credenciadas com a carga horária de 40 horas semanais e com carga horária diferenciadas: 30 horas ou 20 horas, já para modalidade II devem exercer suas atribuições apenas com 40 horas semanais.

As eSB Carga Horária diferenciadas quando foram instituídas, tinham o objetivo de reconhecer diferentes realidades locais e regionais e serviços que não se enquadravam nos preceitos da carga horária mínima exigida pelo Ministério da Saúde (40 horas semanais). Sendo assim, se vislumbrava que estas equipes fossem co-financiadas pelo Governo Federal e trabalhassem conforme os atributos da APS. (75) A defesa para sua implementação à época era de que: “para se ter vínculo com a população é preciso se ter o acesso”. O acesso aqui entendido é o de que deveria haver consultas ao cirurgião-

dentista, para isso, com a nova proposta, os gestores seriam estimulados a credenciarem ou criarem suas equipes com base na nova conformação.

Defende-se pela Pasta que o modelo prioritário seja o de equipes que disponibilizam 40 horas semanais de atenção, preferencialmente, com o mesmo profissional. Parte-se do pressuposto que essas equipes, e esse modelo de atuação caracterizam a estratégia de saúde da família e, portanto, o modelo que mais garante a presença e extensão dos atributos da APS, e melhores resultados de saúde. Essas equipes nesse modelo são, portanto, a modalidade priorizada também para as unidades do Saúde na Hora, que inicialmente, seriam as unidades para serem referência de atuação na APS.

Uma das estratégias criadas na tentativa de melhorar o acesso à saúde foi a do Saúde na Hora (SNH) formalizada pela Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019 (76) atualizado posteriormente pela Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020 (77) que visava a ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) induzido por meio de custeio mensal objetivando o acesso fora do horário comercial ou em horários alternativos possibilitando que maior número de pessoas pudessem ter suas necessidades de saúde atendidas favorecendo a integralidade, construção de vínculo, continuidade do cuidado, entre outras coisas. Contudo, de acordo com o Portal e-Gestor, na competência financeira março de 2023, havia 799 UBS com equipes de saúde bucal aptas ao recebimento de recurso financeiro federal, destas 598 unidades eram com 60h semanais e 16 com 75h semanais. (7)

Ademais, outra estratégia formalizada pela Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019 (78) foi o incentivo à qualificação profissional pelo programa de residências profissionais que conta com a inclusão do cirurgião-dentista, por esta proposta há a concessão de incentivo financeiro de custeio adicional mensal para os municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

No que corresponde à qualidade, é importante ressaltar que no período considerado neste trabalho (2010 a 2020), houve o desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) que surgiu com a premissa de avaliar os serviços existentes na Atenção Primária (Saúde da Família, Saúde Bucal, Equipes Parametrizadas e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF) gerando uma padronização de qualidade comparável em diferentes locais e serviços, aumentando a transparência e efetividade. (79)

A prática da avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil pode ser considerada insuficiente, distanciada da questão prática principalmente no que corresponde ao monitoramento e à melhoria da qualidade. Entretanto, pode ser amplamente utilizada para a tomada de decisão e redirecionamento das políticas, programas e serviços de saúde (80).

Deste modo, com o PMAQ, novos rumos foram tomados para os serviços, permitindo inclusive indicadores de saúde que pudessem avaliar a oferta de serviços, resolutividade e continuidade. (81) Salienta-se que houve algumas alterações nos indicadores de saúde bucal diminuindo para 3 (três) que se repetiram nos 3 (três) ciclos (82). Os indicadores bem como o processo de trabalho, organização e financiamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde foram substituídos pelo programa Previne Brasil que estabeleceu um único indicador de acompanhamento em saúde bucal no âmbito da atenção às gestantes: “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” (82).

Menciona-se que o PMAQ passou por diversas modificações ao longo de seu tempo de existência (2011 a 2019), principalmente diante da revisão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNAB). A revisão por sua vez ocorreu em 2017 e foi abordada por Fernandez e Calvalcanti (2020) como tendo fortes influências da crise política e econômica que assolava o país à época, determinando com que o Ministério da Saúde desabonasse a inclusão de diferentes atores políticos, prioridades e investimentos financeiros para a Atenção Básica ocorridas em 2011, dando lugar a políticas sociais nocivas.

Salienta-se que em setembro de 2018, foi publicada a 1ª lista de certificação da avaliação externa de equipes participantes do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), houve a indagação a respeito do quantitativo de cadeiras odontológicas nos consultórios. Na ocasião, o item de “Presença de cadeira odontológica em condições adequadas, para as equipes de Saúde Bucal” era um item considerado “padrão obrigatório” (79), ou seja, aquelas equipes que não a possuísem seriam desclassificadas e não teriam nenhuma incorporação de financiamento.

Entretanto, número considerável de equipes foram desclassificadas o que fez com que a Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde à época, tomasse

providências alegando que na prática, as equipes de saúde bucal compartilham a cadeira odontológica com outras nos momentos em que exercem suas atribuições “extra consultório odontológico”, ou seja, nas atividades de educação permanente, atividades coletivas, atendimento domiciliar, compartilhamento de carga horária nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), para atendimento à população privadas de liberdades, entre outros. Desta forma, nova lista de certificação foi publicada em 2019 incluindo as equipes que compartilhavam a cadeira odontológica e que tinham sido penalizadas passando a fazer jus ao repasse referente à nova certificação. Contudo, permaneceram desclassificadas aquelas que não possuíam cadeira odontológica. (83)

Vale ressaltar que desde 2009, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, tem o compromisso na oferta qualificada e estruturada das ações e serviços odontológicos à população, que são assumidos também pela Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009) (84), que prevê que:

“Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).”

Deste modo, há que se considerar que a medida é feita também, para induzir o credenciamento de mais eSB ampliando a cobertura de saúde bucal nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, já que a implantação destas equipes é discricionária à gestão local que por vezes, faz a opção por não aderir a estratégia.

A Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 abrange ainda sobre as recomendações para os ambientes das Unidades Básicas de Saúde/Unidade de Saúde da Família, das quais destaca-se:

"3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde
São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

“a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica,

sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. *Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;*"

Desse modo, a forma de organização do estabelecimento fica a cargo do gestor. Entretanto, é necessário o planejamento da sua estrutura física de forma estratégica para ofertar um cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população e, ainda, considerando a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica e a resolutividade das equipes. Contudo, as normativas vigentes não são claras quanto a recomendação de que as equipes de saúde bucal estejam localizadas no mesmo estabelecimento da estratégia saúde da família, tratando apenas como inferência para o gestor de que na mesma Unidade de Saúde haja consultório com equipo odontológico completo.

Neste sentido, o trabalho multiprofissional, a clínica ampliada, a facilidade de vínculo, continuidade do cuidado, matriciamento e tantos outros conceitos e direcionamentos comumente conhecidos e, que em sua maioria são propostos por Barbara Starfield (2002), podem não se tornar uma realidade diminuindo a noção de que as Equipes de Saúde Bucal sejam de fato a “Porta de Entrada Preferencial” e, mais, ainda podem favorecer a lógica de odontologia curativista e mutiladora a partir do entendimento de que os usuários acessam mais o serviço quando há emergências, sem ter tido o cuidado de promoção e prevenção à saúde anteriormente.(16)

Os profissionais da Atenção Primária lidam com uma maior gama de problemas de saúde tanto de indivíduos como de uma determinada população se comparado a profissionais especialistas por estarem mais próximos facilitando o reconhecimento dos determinantes da saúde e doença. (16)

As eSB atuam nos pontos de atenção localizadas em Unidades Básicas de Saúde – UBS/Unidades de Saúde da Família – USF preferencialmente próximas às residências e/ou trabalho das pessoas e, portanto, pressupõe que os contextos socioeconômicos e vulnerabilidades sejam mais facilmente conhecidos pelas equipes de Atenção Primária facilitando e individualizando o cuidado em saúde.

Diante do exposto, a estratégia das equipes de saúde bucal foi escolhida como objeto de estudo já que são, normalmente, o primeiro acesso do usuário ao serviço e, ainda, diante da sua relevância em (re)conhecer os diferentes contextos loco-regionais existentes. Neste sentido, foram elencadas as variáveis de Cobertura de Saúde Bucal, Histórico de Implantação de Equipes e procedimentos realizados na Atenção Primária à Saúde nos diferentes pontos em que as eSB podem exercer suas atribuições. Buscou-se que estas variáveis fossem analisadas comparativamente aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) – socioeconômicos e dados epidemiológicos, conforme será explicitado no decorrer do trabalho.

2.4.1 INCENTIVO FINANCEIRO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Nos cabe ampliar a discussão de que para ser Porta de Entrada Preferencial do Sistema é necessário desvencilhar alguns obstáculos, um deles é o de que a Atenção Primária (aqui incluindo a saúde bucal) é básica sem a necessidade de investimentos e aperfeiçoamentos. Segundo Starfield (2002), apesar do importante reconhecimento da Atenção Primária como primordial para um sistema de saúde, ainda sofre depreciação e ameaças no que corresponde ao quesito economicidade. (16)

Neste sentido, salienta-se que os serviços de saúde bucal não possuem linha orçamentária própria, mas são contemplados atualmente na ação “8581” e na “219A” sendo que nesta última que se encaixam a maioria das estratégias da Atenção Primária no âmbito do Governo Federal. Em termos orçamentários, após a publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (65), que instituiu o Programa Previne Brasil estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, todo o recurso voltado à PNSB tem suas despesas incluídas na conta de “Ações Estratégicas” juntamente com outras ações, sem uma conta orçamentária própria.

Desde a sua incorporação no Programa Saúde da Família (atual Estratégia Saúde da Família), a saúde bucal possuía incentivo financeiro de custeio mensal destinado à reorganização da atenção à saúde bucal na atenção básica, possibilitando que a utilização para reorganização do acesso. Para a Modalidade I, o montante anual de recursos era de R\$ 13.000,00, já para a Modalidade II, de R\$ 16.000,00, correspondendo respectivamente ao custeio mensal de R\$ 1.083,00, e R\$ 1.333,00. No que compete à responsabilidade sanitária e cobertura, cada eSB era responsável por até 6.900 pessoas. Para tanto, os

municípios poderiam organizar a atenção básica em saúde bucal a partir de outros modelos, utilizando os recursos do Piso da Atenção Básica Fixo, valor repassado per capita aos municípios.

No ano de 2003, foi publicada a Portaria GM nº 673, de 3 de junho de 2003 (85), que reajustou o incentivo das equipes de Saúde Bucal modalidade I para R\$ 1.300,00, e modalidade II para R\$ 1.600,00 e possibilitou o incentivo financeiro federal em parcela única de R\$ 5.000,00 por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

Já em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (86) dando o caráter de estratégia prioritária para a estratégia Saúde da Família e como modelo assistencial preferencial. Salienta-se que as equipes de Saúde Bucal (eSB) também foram consideradas estratégicas para a operacionalização da atenção básica.

A PNAB foi alterada em 2011 reforçando o aspecto de estratégia prioritária da eSB e estimulando a organização do trabalho multiprofissional, as atribuições comuns e específicas para os integrantes das equipes de saúde da família (aqui entendido também os de saúde bucal) e o parâmetro populacional coberto: 3.000 a 4.000 pessoas. (86)

Por meio da Portaria GM nº 978, de 16 de maio de 2012 (87), houve a incorporação do recurso financeiro federal no montante de custeio mensal de R\$ 2.230,00 para Modalidade I e R\$ 2.980,00 para Modalidade II. Ademais, possibilitou o incentivo de implantação em parcela única no valor de R\$ 7.000,00 que ainda contava com o Plano Nacional de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos (Portaria nº 2.372 de 07 de outubro de 2009). Além disso, conforme mencionado ao longo do trabalho, no mesmo ano, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) foi disponibilizado, possibilitando incentivo adicional advindo da certificação posterior a avaliação externa das estratégias da APS.

Ressalta-se que em 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95 que limitou tetos de gastos com a educação e saúde, reduzindo os recursos do SUS por 20 anos e gerando, portanto, impactos para os serviços. (21)

No ano de 2020, com a Portaria nº 2.305, de 28 de agosto de 2020, o recurso das eSB passou por ajuste, aumentando os valores de custeio mensal em 10%. Desta forma,

para as eSB na Modalidade I, passou a ser R\$ 2.453,00; Modalidade II, R\$ 3.278,00; Carga Horária Diferenciada de 30h, R\$ 1.839,75; Carga Horária Diferenciada de 20h, R\$ 1.226,50.

A **Tabela 2** abaixo sintetiza as principais alterações de equipes de saúde bucal (eSB) ocorridas desde 1986, ano do primeiro inquérito epidemiológico de saúde bucal.

Tabela 2 - Financiamento das equipes de Saúde Bucal (eSB) ao longo dos anos no Brasil (período de análise de 2000 a 2020).

	2000	2003	2008	2009	2012	2019	2020
		R\$ 1.300,00					
Valor de Custeio Mensal eSB 40 horas	R\$ 1.083,00 Mod. I R\$ 1.333,00 Mod. II (PRT GM N° 1444 de 28 de dezembro de 2000)	Mod. I R\$ 1.600,00 Mod. II (PRT GM N° 673 de 3 de junho de 2003)			R\$ 2.230,00 Modalidade I R\$ 2.980,00 Mod. II (PRT GM n° 978 de 16 de maio de 2012)		R\$ 2.453,00 Modalidade I R\$ 3.278,00 Mod. II (PRT n° 2.305, de 31 de agosto de 2020)
Valor de Implantação de eSB 40 horas - para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos		R\$ 5.000,00 por equipe implantada			R\$ 7.000,00 por equipe implantada		
Valor de Custeio Mensal de eSB Carga Horária Diferenciada						Criação das Equipes de Saúde Bucal com Carga Horária Diferenciada R\$ 1.226,50 Mod. I - 20h; R\$ 1.839,75 Mod I - 30h (PRT n° 2.539, de 26 de setembro de 2019)	
Incentivo de 50% adicional para territórios com remanescentes de quilombolas, assentamentos, ribeirinhos.			Portaria n° 90, de 17 de janeiro de 2008				
Plano Nacional de Fornecimento de Equipamentos odontológicos				Criação do Plano Nacional de Fornecimento de Equipamentos odontológicos (PRT n° 2.372 de 07 de outubro de 2009)			

Fonte: BRASIL, 2004; BRASIL, 2012; CGSB/Desco/Saps/MS. (42, 72)

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar se as Capitais Federais do Brasil implementaram a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito da Atenção Primária à Saúde no período de 2010-2020 buscando o reconhecimento dos diferentes contextos socioeconômicos e indicador epidemiológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar, no contexto da macropolítica, os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB no âmbito da APS, a partir de análise documental no interstício de 2010 a 2020.
- Caracterizar o perfil socioeconômico nas capitais brasileiras correlacionando-os com a capacidade instalada da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) das Capitais Federais no período de 2010 a 2020;
- Caracterizar o perfil epidemiológico das capitais brasileiras quanto ao índice epidemiológico CPOD e componente “C” do referido índice.
- Descrever a evolução ou a regressão das Equipes de Saúde Bucal co-financiadas nas Capitais Federais pelo Ministério da Saúde no período de 2010 a 2020;
- Descrever o histórico de Cobertura de Saúde Bucal nas Capitais Federais no período de 2010 a 2020;
- Descrever as produções de 1ª consulta odontológica programática e tratamento concluído na Atenção Primária à Saúde comparando-as com os dados epidemiológicos (CPOD aos 12 anos) e de aspectos socioeconômicos;
- Estimar a tendência de cobertura e nº de equipes financiadas, correlacionando-as às variáveis sociodemográficas (IDHM e escolaridade de 15 a 17 anos) e às variáveis epidemiológicas (CPOD aos 12 anos e componente “C” aos 12 anos de idade).

4. PRESSUPOSTOS

4.1 PRESSUPOSTO ALTERNATIVO

Capitais federais com piores indicadores, tanto de DDS e epidemiológico CPOD, tiveram maior expansão da PNSB à nível de APS.

4.2 PRESSUPOSTO NULO

Capitais federais com melhores indicadores, tanto de DDS e epidemiológico CPOD, tiveram menor expansão da PNSB à nível de APS.

5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, analítico, do tipo exploratório, que avaliou quantitativamente os aspectos atinentes à implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito da macropolítica conforme cada capital da Unidade da Federação (estados e Distrito Federal) e que foram avaliados. A escolha das capitais federais como objeto de estudo justificou-se pela estimação de indicadores individuais do SB Brasil, por serem domínios dos levantamentos tanto em 2010 como em 2020. Além disso, as capitais possuem grande concentração populacional e precisam ser avaliadas periodicamente para acompanhamento das ações em saúde bucal implementadas nesses municípios.

Considerando a constante necessidade de avaliação e monitoramento da Política Pública para averiguação de sua sustentabilidade do ponto de vista da equidade e direito do acesso à saúde, o percurso metodológico foi dividido em análises que correspondem a aspectos quantitativos e qualitativos que ocorreram de forma simultânea.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo que utilizou a triangulação de métodos, que combina o método quantitativo e qualitativo para a realização de avaliação específica (89), neste caso, foi incorporada à análise, dados secundários provenientes dos Sistemas de Informação à Saúde oficiais do Ministério da Saúde, referentes ao período de 2010 a 2020, para o diagnóstico e comparação da evolução das Capitais Federais estudadas frente à PNSB.

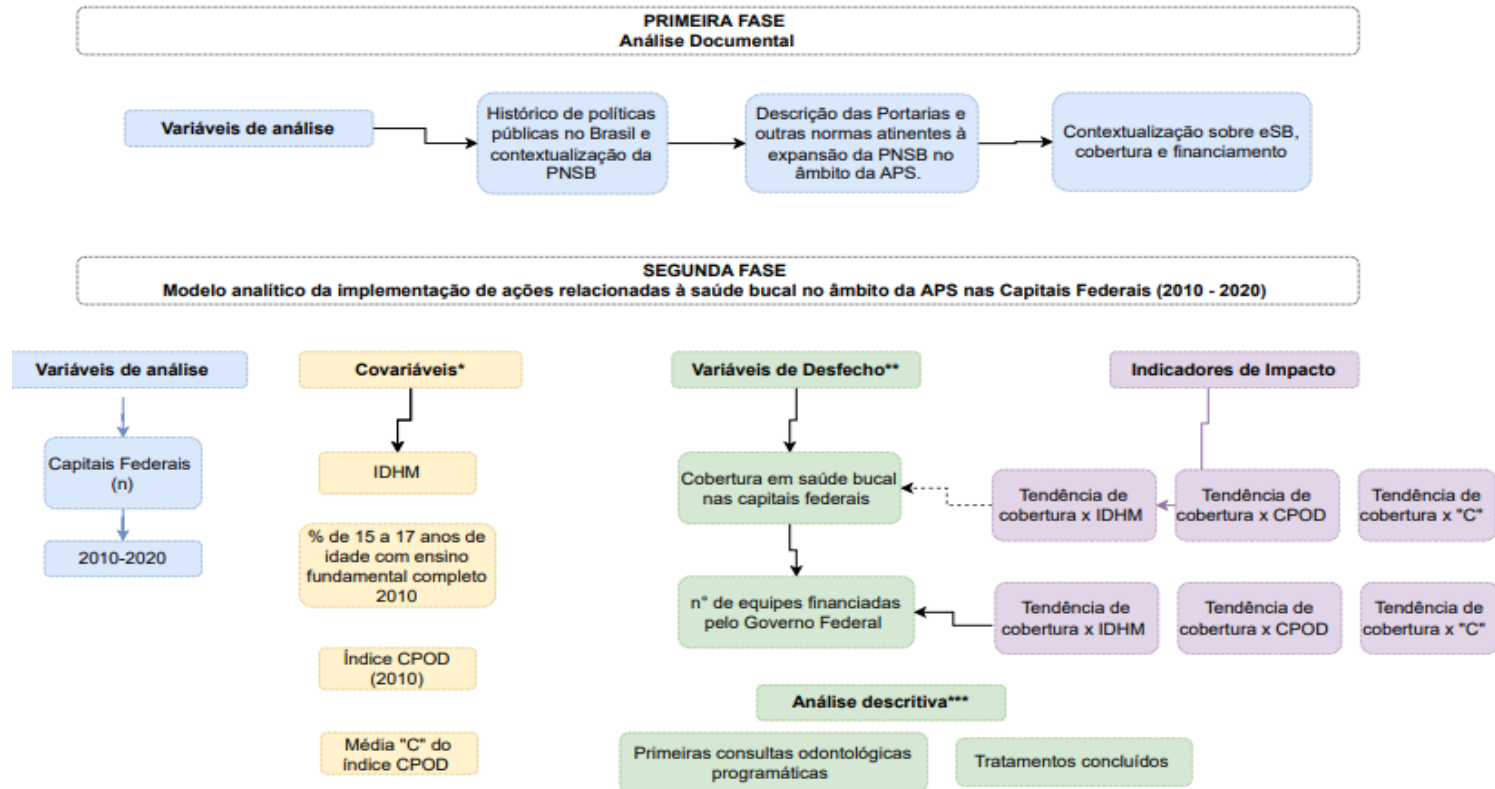
Além do aspecto normativo da PNSB, este trabalho foi delimitado pela análise da estratégia Equipes de Saúde Bucal (eSB), principal ação que compõem a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), para averiguar a evolução e implementação quantitativa da estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal no que corresponde à eSB.

A presente pesquisa que consistiu de duas fases. A primeira trouxe a historicidade envolvida na implementação da PNSB no âmbito Federal, com base em análise documental de normas governamentais. A segunda parte da pesquisa teve dois componentes: descritivo - uma vez que abordou aspectos sobre cobertura, nº de equipes financiadas, nº de procedimentos odontológicos e tratamentos concluídos; e analítico –

comparação entre indicadores sociodemográficos e epidemiológico com a implementação de ações no âmbito da APS nas capitais.

O **Diagrama 1** a seguir esquematiza o desenho do estudo, explicitando as variáveis e covariáveis analisadas, bem como as fontes e período de extração dos dados.

Diagrama 1 - Modelo lógico da análise dos componentes das Equipes de Saúde Bucal e associação com dados socioeconômicos e epidemiológicos.



Fontes de extração:

*Covariáveis – Atlas/PNUD; Projeto SB Brasil 2010 (72, 67)

** Variáveis de desfecho – Portal e-Gestor AB (7)

*** Análise descritiva - SISAB

5.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

5.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram selecionadas para inclusão no estudo cada capital da Unidade da Federação, que foram avaliadas pelos inquéritos epidemiológicos SB Brasil 2010 e no SB Brasil 2020 (vigência 2021-2023) a fim de ser possível uma avaliação de tendência que comparou os dados sobre a evolução da PNSB, de acordo com a análise de nº de equipes financiadas e cobertura.

5.2.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os dados daqueles municípios que não fossem capitais e, portanto, extrapolavam o objeto da pesquisa.

5.2.3. SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os domínios geográficos utilizados consideraram as capitais federais, que tiveram avaliação no SB Brasil 2010. A escolha da amostra seguiu como critério a análise da evolução e descontinuidade da PNSB, uma vez que nestes domínios geográficos há concentração de contingente populacional, maior concentração de profissionais de saúde bucal e maior número de serviços assistenciais. Além disso, foi possível diferenciar capitais com diferentes perfis sociodemográficos e testar os pressupostos explicitados neste estudo.

5.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: coleta de dados quantitativos e qualitativos descritos subsequentemente.

Realizou-se busca nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde e no acervo da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS) para consolidar e detalhar os aspectos referentes à Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) que foi a primeira parte da análise do ponto de vista da macropolítica de saúde bucal. A segunda análise ficou a cargo da análise socioeconômica das capitais da Unidade da Federação e Distrito Federal

correlacionando-a com a capacidade instalada das equipes de saúde bucal. Para ambas análises se utilizou da delimitação do período de 2010 a 2020, observados os critérios de inclusão e exclusão.

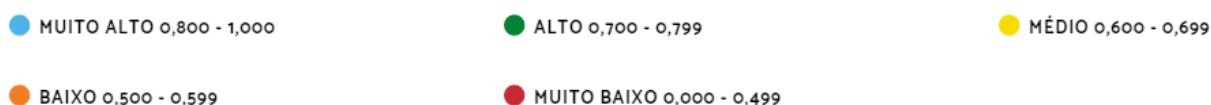
Para a análise, utilizou-se de variáveis referentes aos componentes da saúde bucal na APS nas Capitais Federais pelo Ministério da Saúde, quais sejam: histórico de Cobertura de Saúde Bucal; produções de 1ª consulta odontológica programática e tratamento concluído na Atenção Primária à Saúde e, ainda, Histórico de equipes de Saúde Bucal (eSB) financiadas, comparando-as com os dados epidemiológicos (CPOD aos 12 anos) e de aspectos socioeconômicos;

Na caracterização “Socioeconômica”, utilizou-se das variáveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que inclui renda, escolaridade e longevidade e, ainda a covariável de “% de pessoas com 15 a 17 anos com ensino fundamental completo”.

Para tanto, foram utilizadas informações provenientes do *Instituto de Biografia e Estatística (IBGE)* e *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil* que é parceria entre o *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)*, o *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)* e a *Fundação João Pinheiro (FJP)*, para a categorização dos dados.

Ressalta-se ainda que para a análise do IDHM são usadas estratificações segundo faixas de desenvolvimento Humano que são: Muito Alto 0,800 - 1,000; Alto 0,700 0,799; Médio 0,600 - 0,699; Baixo 0,500 - 0,599; e Muito Baixo 0,000 - 0,499, Conforme Figura X – abaixo:

Figura 4 – Fases de Desenvolvimento Humano.



Fonte: Atlas/PNUD (67)

Para melhor visualização, segue abaixo a descrição das Capitais Federais selecionadas e sua respectiva categorização segundo as “Fases de Desenvolvimento Humano”:

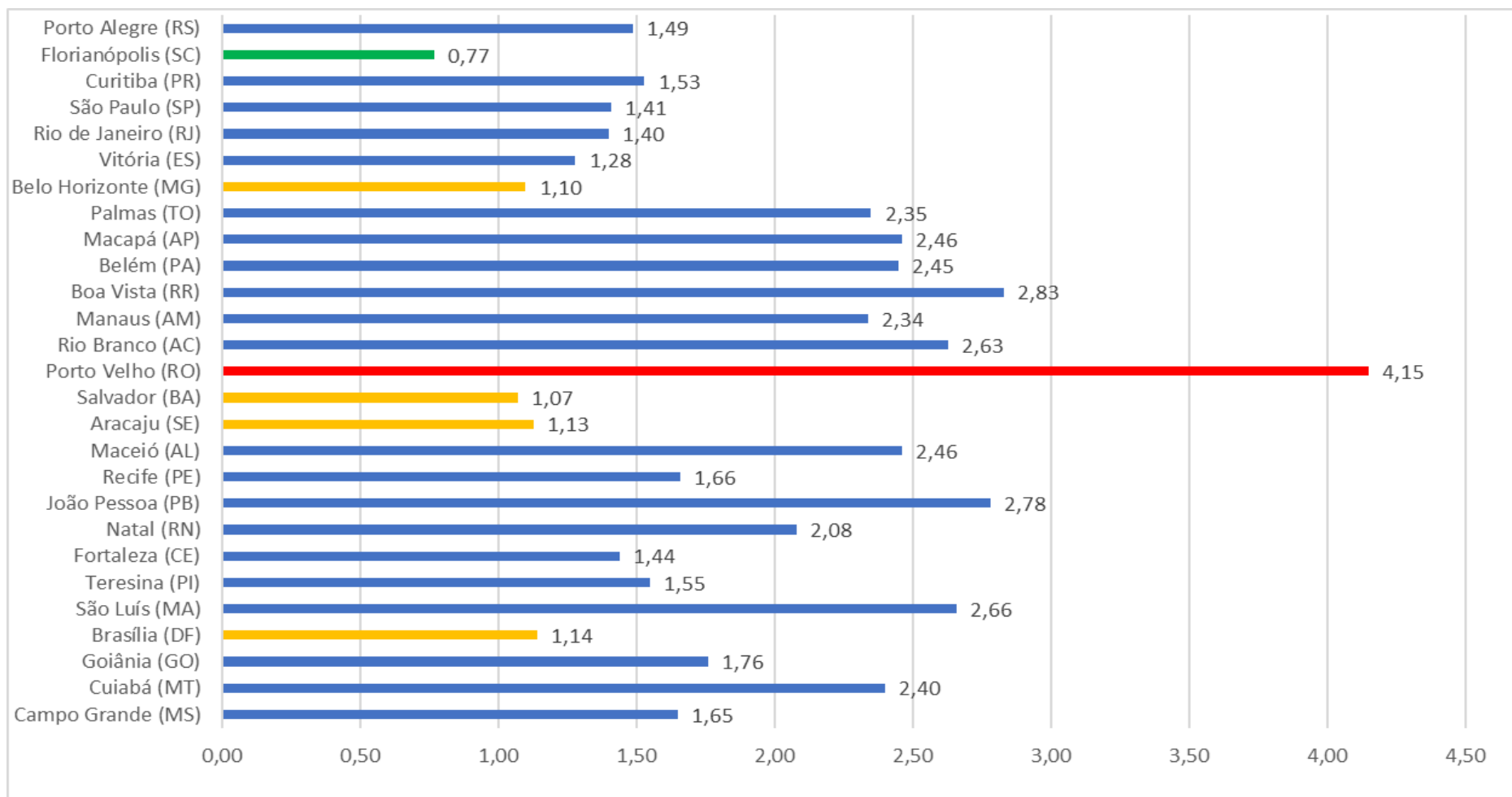
5.3.1 CATEGORIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela 3 - Categorização das Capitais Federais segundo IDHM segundo Faixa de Desenvolvimento Humano. (n=27).

UF	Territorialidades	IDHM 2010	Posição IDHM	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
	Brasil	0,727		0,739	0,816	0,637
SE	Aracaju	0,77	14	0,784	0,823	0,708
PA	Belém	0,746	22	0,751	0,822	0,673
MG	Belo Horizonte	0,81	5	0,841	0,856	0,737
RR	Boa Vista	0,752	20	0,737	0,816	0,708
DF	Brasília	0,824	3	0,863	0,873	0,742
MS	Campo Grande	0,784	12	0,79	0,844	0,724
MT	Cuiabá	0,785	11	0,8	0,834	0,726
PR	Curitiba	0,823	4	0,85	0,855	0,768
SC	Florianópolis	0,847	1	0,87	0,873	0,8
CE	Fortaleza	0,754	19	0,749	0,824	0,695
GO	Goiânia	0,799	8	0,824	0,838	0,739
PB	João Pessoa	0,763	16	0,77	0,832	0,693
AP	Macapá	0,733	25	0,723	0,82	0,663
AL	Maceió	0,721	27	0,739	0,799	0,635
AM	Manaus	0,737	23	0,738	0,826	0,658
RN	Natal	0,763	17	0,768	0,835	0,694
TO	Palmas	0,788	10	0,789	0,827	0,749
RS	Porto Alegre	0,805	6	0,867	0,857	0,702
RO	Porto Velho	0,736	24	0,764	0,819	0,638
PE	Recife	0,772	13	0,798	0,825	0,698
AC	Rio Branco	0,727	26	0,729	0,798	0,661
RJ	Rio de Janeiro	0,799	9	0,84	0,845	0,719
BA	Salvador	0,759	18	0,772	0,835	0,679
MA	São Luís	0,768	15	0,741	0,813	0,752
SP	São Paulo	0,805	7	0,843	0,855	0,725
PI	Teresina	0,751	21	0,731	0,82	0,707
ES	Vitória	0,845	2	0,876	0,855	0,805

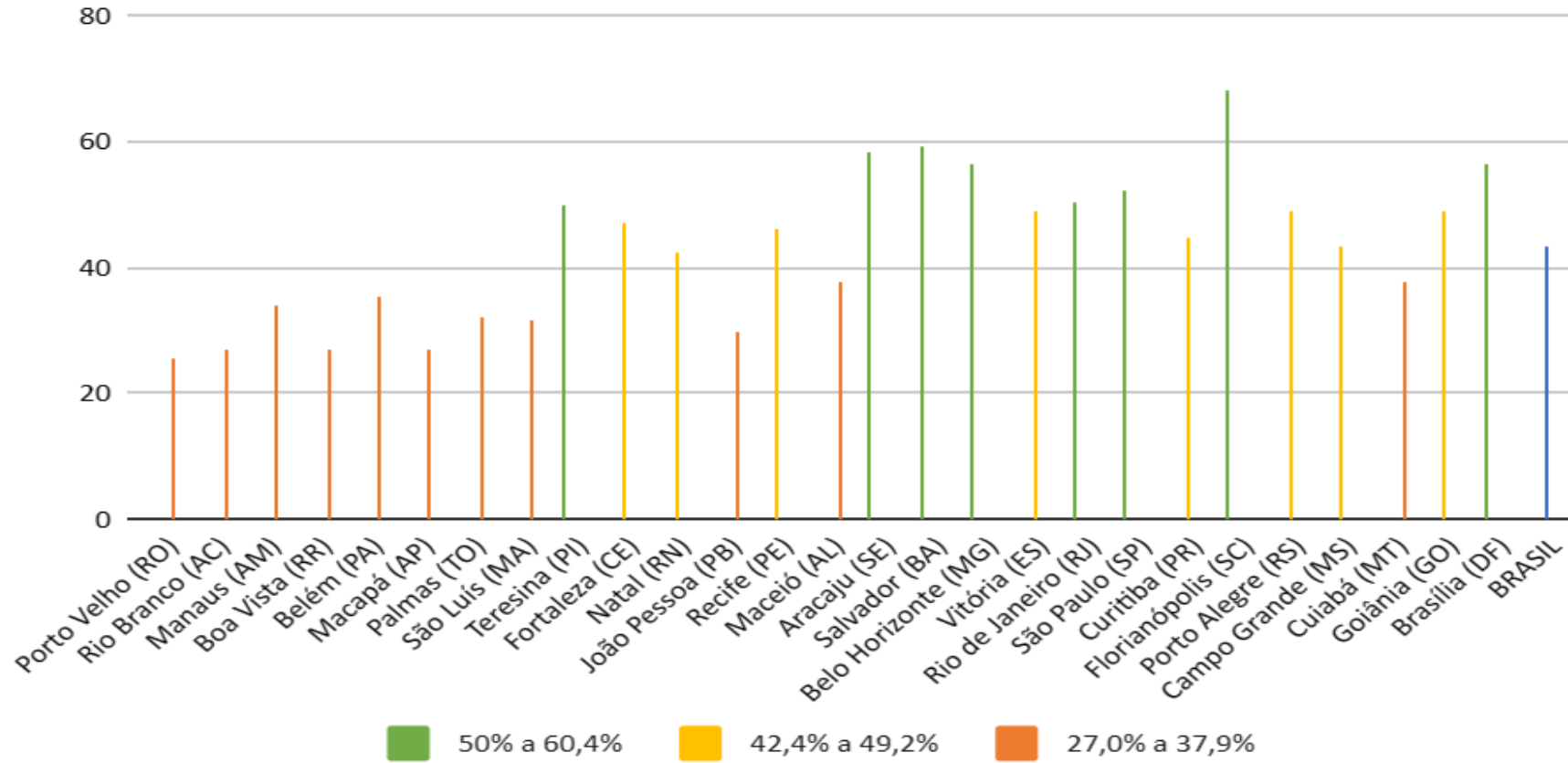
Fonte: Atlas; IBGE; IPEA.

Gráfico 1 - Média do índice CPO-D nas Capitais Federais na faixa etária de 12 anos.



Fonte: Projeto SB Brasil 2010 (72).

Gráfico 2 – Gradiente do Índice CPO-D aos 12 anos nas Capitais Federais.



Fonte: SB BRASIL 2010 (72).

5.3.2 DADOS QUALITATIVOS

A coleta dos dados qualitativos diz respeito àqueles gerados pela análise documental da evolução da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do ponto de vista da macroanálise das Capitais Federais selecionadas no que corresponde a microanálise, relacionando-os à trajetória político-administrativa da Política Nacional de Saúde Bucal.

Ademais, foram realizadas coletas e análises documentais em publicações científicas, instrumentos normativos disponíveis no Diário Oficial da União, Sites oficiais do Ministério da Saúde e mais precisamente da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e dados secundários da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Descos/Saps/MS) na qual se desenvolve a Política Nacional de Saúde Bucal.

Na Revisão de literatura foram realizadas buscas de artigos e evidências científicas em diferentes bases de dados como PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO, Scopus e BIREME/BVS e, ainda, literatura cinzenta.

Assim, propôs-se um percurso metodológico que fosse coerente com o objeto da pesquisa, buscando através do estudo, reflexões sobre proposições para a Política Nacional de Saúde Bucal a partir das Capitais Federativas estudadas.

Após a seleção inicial dos materiais obtidos relacionados ao arcabouço legal, historicidade, revisão de literatura e, juntamente com dados secundários, foi realizada organização do material por ordem cronológica possibilitando o conhecimento da evolução da RASB e da sua trajetória político-administrativa. Desta forma, foi possível a interpretação de forma aprofundada e dirigidos ao objetivo do estudo, dando concretude às análises a partir da periodicidade definida (2010 a 2020).

5.3.3 DADOS QUANTITATIVOS

Foram privilegiadas as análises de dados quantitativos que correspondam as capitais federais selecionadas para esta pesquisa sendo incorporadas as variáveis de histórico de implantação de equipes, cobertura de saúde bucal e produção realizada na atenção primária (1º consulta odontológica programática e tratamento concluído).

Complementarmente, empregados dados secundários disponíveis nos Sistemas de Informações oficiais do Ministério da Saúde, tais quais: Fundo Nacional de Saúde (FNS); Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA); Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); e Portal e-Gestor Atenção Básica. Seguem abaixo Quadros 1 e 2 que sintetizam as variáveis e covariáveis utilizadas:

Quadro 1 – Variáveis do Componente de Saúde Bucal na APS.

Variáveis das Equipes de Saúde Bucal	Conceitos	Periodicidade	Periodicidade Utilizada	Fonte de Obtenção dos Dados	São de Domínio Público?
Histórico de Implantação	Entende-se por equipe de Saúde Bucal implantada aquela em funcionamento regular na Estratégia Saúde da Família, ou seja, com Portaria de credenciamento publicada pelo Ministério da Saúde, devidamente cadastrada no SCNES e que fez jus ao recebimento do incentivo financeiro federal de custeio na respectiva competência financeira, de acordo com a norma vigente.	Indicador com periodicidade de disponibilização por competência	Competência Cnes dezembro de cada ano (2010 a 2020)	Portal e-Gestor AB	Sim
Cobertura de Saúde Bucal	A cobertura de Saúde Bucal é utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Primária, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).	Mensal	Competência Cnes dezembro de cada ano (2010 a 2020)	Portal e-Gestor AB	Sim
1º Consulta Odontológica Programática	Primeiro atendimento ao usuário, em que após avaliação clínica da condição de saúde bucal, o cirurgião-dentista estabelece o plano preventivo-terapêutico de cada usuário.	Mensal	Consolidado anual do período 2013 a 2020	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	Sim
Tratamento Concluído	Consulta de encerramento ao período de tratamento previsto no plano preventivo-terapêutico estabelecido na 1ª consulta odontológica programática.	Mensal	Consolidado anual do período 2013 a 2020	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	Sim

Fonte: Autoria Própria, extração de Portal e-Gestor AB (7) e acervo da CGSB/Desco/Saps/MS.

Quadro 2 – Variáveis Socioeconômicas e Epidemiológicas.

Variáveis Socioeconômicas	Conceitos	Periodicidade	Periodicidade Utilizada	Fonte de Obtenção dos Dados	São de Domínio Público?
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)	Composto pelas dimensões longevidade (vida longa e saudável), educação (acesso ao conhecimento) e renda (padrão de vida) e permitem avaliar o desenvolvimento dos municípios e regiões metropolitanas brasileiras.	Anos censitários	Ano de 2010	Atlas - IBGE	Sim
Variáveis Epidemiológicas	Conceitos	Periodicidade	Periodicidade Utilizada	Fonte de Obtenção dos Dados	São de Domínio Público?
CPOD aos 12 anos	CPO tem origem nas palavras "cariados", "perdidos" e "obturados", e o D indica que a unidade de medida é o dente.	Aproximadamente a cada década.	2010	Banco de Dados SB Brasil 2010	Sim
Componente "C" aos 12 anos	É o componente que significa Cariado, ou seja, é o elemento dentário cariado	Aproximadamente a cada década.	2010	Banco de Dados SB Brasil 2011	Sim

Fonte: Autoria Própria, extraídos do Projeto SB Brasil 2010; e Atlas/PNUD (72, 67)

5.4. ANÁLISE DOS DADOS

5.4.1. DADOS QUANTITATIVOS

Primeiramente, foram estimadas medidas descritivas como valores absolutos (n) e relativos (%) e medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão). Foi calculada a relação do número de equipes pelo total de habitantes da capital a cada 1 milhão de residentes, anualmente, utilizando-se as estimativas populacionais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Adotou-se a cobertura como um segundo indicador para cada ano entre 2010 e 2020. Para calcular a tendência temporal foi realizada a transformação logarítmica dos indicadores e aplicada a regressão linear de Prais-Winsten. Esse modelo de regressão mediu os valores de beta (b1) e 95% (IC95%) (b1 mínimo e b1 máximo). Após esse estágio, a Variação Percentual Anual (APC em inglês), conhecida como taxa de incremento, foi calculada utilizando-se a fórmula: $[(-1+10b1)*100\%]$ com respectivos intervalos de confiança de 95% $[(-1+10b1\text{mínimo})*100\%]$; $[(-1+10b1\text{máximo})*100\%]$. A tendência foi aumentada quando a taxa de incremento e IC 95% foram positivos; diminuíram quando a taxa de incremento e o IC 95% foram negativos e; constante quando a taxa de incremento apresentou valores negativos ou positivos e o IC 95% incluiu o valor zero. O teste de Durbin-Watson foi aplicado para verificar a autocorrelação. As análises foram realizadas utilizando-se o programa Stata, versão 16, número de série: 301606315062. (88)

5.4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de análise em dados secundários, o presente projeto não precisará ser submetido à análise e validação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Fiocruz Brasília, todavia, observa os preceitos éticos em sua elaboração, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº 510, de 07 de abril de 2016 (90).

Ademais, foi enviada Carta de Anuência à Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Saps/MS) para consentimento institucional para a permissão de obtenção dos dados que não fossem de domínio público para que pudessem ser utilizados nesta pesquisa (Anexo 1).

6. RESULTADOS

6.1. COMPARAÇÃO COM DADOS DOS INQUÉRITOS BRASILEIROS E METAS INTERNACIONAIS

Dentre os aspectos epidemiológicos analisados, sobretudo, sobre a doença cárie dentária, tem-se as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS), Federação Dentária Internacional (FDI) e as do Brasil.

Para a idade de 12 anos (foco do presente trabalho), tem-se que em 1986, foi revelado que no Brasil 6,7 dentes eram afetados pela doença cárie, sendo assim, aproximadamente 7 dentes estariam comprometidos. No levantamento epidemiológico de 2003, levando em consideração a meta da OMS de que deveria haver CPO-D menor ou igual a 3, o país alcançou 2,78. Já em 2010, com a meta da OMS sendo CPO-D de, no máximo, um dente cariado, perdido ou obturado, o Brasil totalizou 2,07 tendo, portanto, uma diminuição considerável de 0,71 pontos no intervalo de 7 anos.

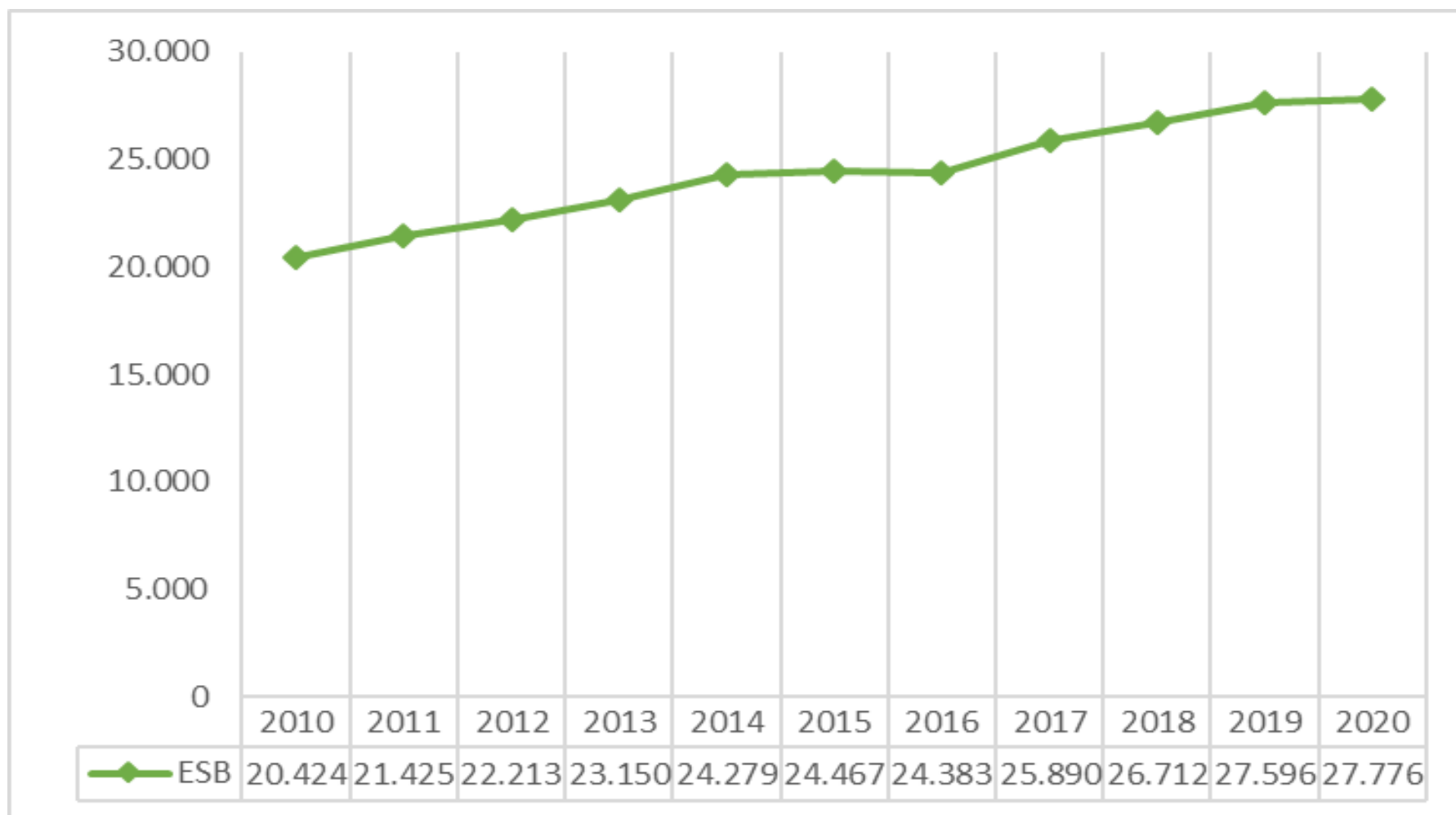
De acordo com dados preliminares da Pesquisa SB Brasil 2020², o país alcançou a Média CPO-D aos 12 anos de 1,6 dentes cariados, perdidos ou obturados. Caso os resultados sigam nesta constante, haverá a constatação de que houve diminuição dos índices se comparado ao de 2010 e, ainda, o Brasil será incluído no rol de países com baixa prevalência de cárie (classificação da OMS de CPO-D: 1,2 a 2,6). A **Tabela 2** abaixo, demonstram as constatações oficiais (1986, 2003, 2010):

² Ressalta-se que os resultados são preliminares e apresentados em evento do Ministério da Saúde em dezembro de 2022, com dados obtidos até 26/11/2022 e, podem sofrer alterações até a data de finalização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020) prevista para junho de 2023.

6.2. ANÁLISE MACROPOLÍTICA SOBRE FINANCIAMENTO E EVOLUÇÃO DA COBERTURA NO PAÍS

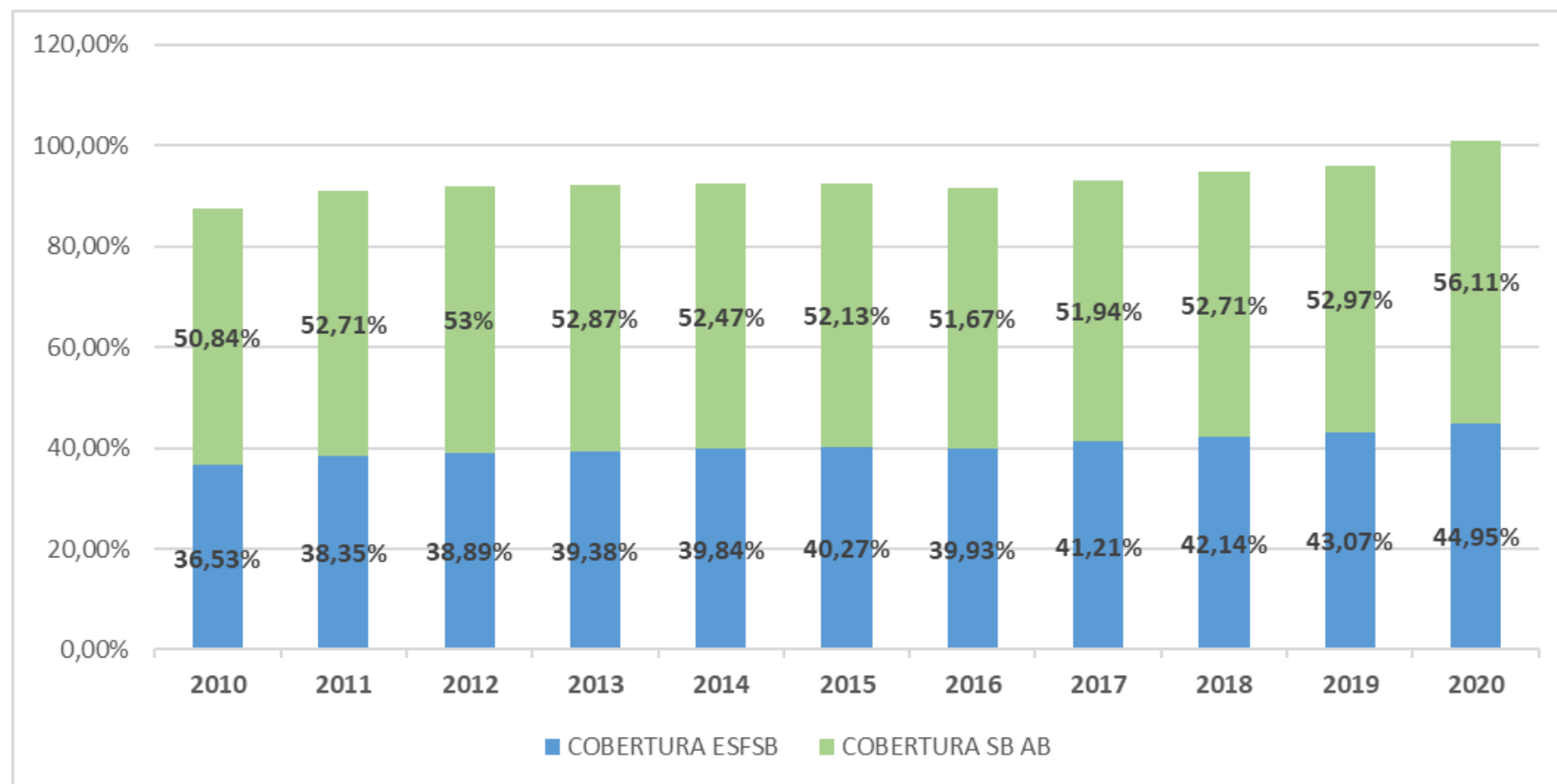
Já no que corresponde a análise do panorama macro da política, constata-se que dentre as principais estratégias da Política Nacional de Saúde Bucal, as Equipes de Saúde Bucal (eSB) apresentaram variação entre o período estudado (2010 a 2020). Houve crescimento até o ano de 2015, contudo, no ano de 2016 ocorreu declínio no número absoluto de credenciamentos. A partir de 2017 observa-se aumento gradual do quantitativo. (7)

Em relação à Cobertura de Saúde Bucal Nacional, a análise do interstício sugere que houve tímido crescimento ao longo dos anos, sendo que nos anos de 2016 e 2017 o aumento que vinha sendo gradual sofreu queda, retornando em 2018. Ressalta-se que para a Cobertura de Saúde Bucal na Saúde da Família (ESF SB), o ano de 2010 alcançou 36,53% e no ano de 2020 finalizou em 44,95%, no que corresponde a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica, ou seja, a cobertura populacional geral com equipes de saúde vinculadas às eSF, somadas às equipes equivalentes e parametrizadas, apresentou em 2010 a proporção de 50,84% e no ano de 2020, 56,11%. Os **Gráficos 3 e 4** abaixo, demonstram estes achados:

Gráfico 3 - Evolução das Equipes de Saúde Bucal (eSB) financiados no período de 2010 a 2020.

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Nacional de Saúde (PNS).

Gráfico 4 - Comparativo da evolução da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF SB) no período de 2010 a 2020.



Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG); Plano Nacional de Saúde (PNS).

6.3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS CAPITAIS FEDERAIS

No que compete à “categorização da amostra” pode ser observado pela **Tabela 3**, que as Capitais Federais de Florianópolis, Vitória, Brasília, Curitiba e Belo Horizonte se destacam em relação às melhores posições do IDHM. Contudo, as capitais Maceió, Rio Branco, Macapá, Porto Velho e Manaus estão em contraponto tendo apresentado as piores posições do IDHM. Ressalta-se que levando em consideração as Faixas de Desenvolvimento Humano, para o IDH Educação, nenhuma capital expôs faixa “baixo” (0,500 - 0,599) e “muito baixo” (0,000 - 0,499). Entretanto, somente Vitória e Florianópolis se enquadram em “muito alto” (0,800 - 1,000). As capitais Curitiba, Palmas, São Luís, Brasília e Belo Horizonte apresentaram a faixa de “alto” (0,700 - 0,799). Salienta-se que 12 capitais estão localizadas na faixa “médio” (0,600 - 0,699), quais sejam: Belém, Fortaleza, João Pessoa, Macapá, Maceió, Manaus, Natal, Porto Velho, Recife, Rio Branco e Salvador. Destes, os municípios de Maceió e Porto Velho alcançaram as piores colocações.

No que corresponde ao IDH Renda, Vitória, Florianópolis, Porto Alegre, Brasília, Curitiba, São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Goiânia e Cuiabá estão localizadas na faixa “muito alto”, já os municípios de Recife, Campo Grande, Palmas, Aracaju, Salvador, João Pessoa, Natal, Porto Velho, Belém, Fortaleza, São Luís, Maceió, Boa Vista, Manaus, Rio Branco e Macapá estão situadas como “alto”. Este IDH não apresentou nenhum município com as faixas de médio, baixo e muito baixo.

Já para IDH longevidade, com exceção dos municípios de Maceió e Rio Branco, todos os outros apresentaram a faixa de “muito alto”. As capitais que se sobressaíram foram Brasília, Florianópolis, Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo e Vitória.

Ainda no que corresponde a categorização da Amostra, de acordo com os Dados Epidemiológicos, segundo as Capitais Federais na faixa etária de 12 anos, constatou-se no **Gráfico 1**, que as Capitais Federais de Florianópolis, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Aracaju e Teresina apresentaram melhores resultados dos índices epidemiológicos de acordo com o gradiente realizado.

No entanto, Porto Velho, Rio Branco, Manaus, Boa Vista, Belém, Macapá, Palmas, São Luís, João Pessoa, Maceió e Cuiabá apresentaram piores índices de CPO = 0, **Gráfico 1**.

Segundo **Gráfico 2**, verifica-se aspectos relacionados a Média do índice CPO-D nas Capitais Federais na faixa etária de 12 anos. Neste sentido, ressalta-se que a meta da OMS para

a idade é de que os países alcancem o índice CPO-D $<$ ou $=$ 1 CPO-D, ou seja, no máximo, um dente cariado, perdido ou obturado.

Neste sentido, de acordo com os dados do SB Brasil 2010, o Brasil alcançou a média de 2,07 dente cariado, perdido ou obturado. Ademais, a única Capital Federal que alcançou resultado positivo foi Florianópolis (0,77) que inclusive se manteve abaixo da média nacional.

As capitais de Belo Horizonte (1,10), Salvador (1,07), Aracaju (1,13) e Brasília (1,14) apesar de não terem alcançado a média preconizada pela OMS, apresentaram resultados que se sobressaíram em relação as outras capitais.

Destaca-se como resultado negativo a Capital de Porto Velho (4,15) que a média CPO-D das demais capitais. Posteriormente, Boa Vista (2,83), João Pessoa (2,78), São Luís (2,66), Maceió (2,46), Macapá (2,46), Belém (2,45), Palmas (2,35), Manaus (2,34), Natal (2,08) como as capitais que também estão abaixo da média da OMS.

Diante da análise descritiva da Amostra, tem-se o componente de Equipes de Saúde Bucal relativos à produção de 1ª Consulta Odontológica e Tratamento Concluído, as **Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8** evidenciam os achados para o período de 2013 a 2020, estratificados por região:

Tabela 4 – Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Centro-Oeste.

<i>Ano</i>	<i>UF</i>	<i>Capital</i>	<i>1ª Consulta odontológica</i>	<i>Tratamentos concluídos</i>
2013	DF	Brasília	0	0
2014	DF	Brasília	0	0
2015	DF	Brasília	0	0
2016	DF	Brasília	19.086	16.712
2017	DF	Brasília	28.482	23.162
2018	DF	Brasília	78.645	65.450
2019	DF	Brasília	103.462	88.468
2020	DF	Brasília	40.557	32.452
2013	GO	Goiânia	0	0
2014	GO	Goiânia	0	0
2015	GO	Goiânia	390	370
2016	GO	Goiânia	10.538	8.471
2017	GO	Goiânia	12.280	8.414
2018	GO	Goiânia	15.828	11.257
2019	GO	Goiânia	14.800	10.074
2020	GO	Goiânia	7.475	4.632
2013	MS	Campo Grande	0	0
2014	MS	Campo Grande	16.518	2.789

2015	MS	Campo Grande	39.314	26.588
2016	MS	Campo Grande	41.130	26.581
2017	MS	Campo Grande	32.615	19.888
2018	MS	Campo Grande	38.388	22.209
2019	MS	Campo Grande	42.987	26.127
2020	MS	Campo Grande	13.256	7.586
2013	MT	Cuiabá	0	0
2014	MT	Cuiabá	0	0
2015	MT	Cuiabá	1	1
2016	MT	Cuiabá	1.304	1.108
2017	MT	Cuiabá	2.426	2.154
2018	MT	Cuiabá	3.834	3.299
2019	MT	Cuiabá	4.783	4.387
2020	MT	Cuiabá	2.992	1.618

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SISAB.

Tabela 5 – Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Nordeste.

<i>Ano</i>	<i>UF</i>	<i>Capital</i>	<i>1ª Consulta odontológica</i>	<i>Tratamentos concluídos</i>
2013	AL	Maceió	8.478	3.436
2014	AL	Maceió	21.067	11.846
2015	AL	Maceió	10.135	2.483
2016	AL	Maceió	11.842	37.477
2017	AL	Maceió	20.462	6.009
2018	AL	Maceió	40.557	32.452
2019	AL	Maceió	2.332	5
2020	AL	Maceió	8.478	3.436
2013	BA	Salvador	129.087	89.525
2014	BA	Salvador	6.867	4.476
2015	BA	Salvador	9.564	519
2016	BA	Salvador	14.009	21.886
2017	BA	Salvador	22.192	50.468
2018	BA	Salvador	27.038	59.615
2019	BA	Salvador	54.098	141.459
2020	BA	Salvador	11.842	37.477
2013	CE	Fortaleza	0	0
2014	CE	Fortaleza	0	0

2015	CE	Fortaleza	30.258	9.615
2016	CE	Fortaleza	58.867	20.949
2017	CE	Fortaleza	86.411	27.574
2018	CE	Fortaleza	60.234	19.947
2019	CE	Fortaleza	68.476	24.528
2020	CE	Fortaleza	20.462	6.009
2013	MA	São Luís	0	0
2014	MA	São Luís	283	0
2015	MA	São Luís	13.435	3.533
2016	MA	São Luís	22.139	5.574
2017	MA	São Luís	32.002	7.252
2018	MA	São Luís	34.714	11.074
2019	MA	São Luís	40.525	15.969
2020	MA	São Luís	12.777	4.460
2013	PB	João Pessoa	0	0
2014	PB	João Pessoa	19.070	7.942
2015	PB	João Pessoa	37.813	34.890
2016	PB	João Pessoa	35.898	19.529
2017	PB	João Pessoa	29.795	11.683
2018	PB	João Pessoa	30.320	15.804

2019	PB	João Pessoa	26.285	10.930
2020	PB	João Pessoa	18.774	7.432
2013	PE	Recife	0	0
2014	PE	Recife	830	0
2015	PE	Recife	5.592	2.119
2016	PE	Recife	30.752	8.792
2017	PE	Recife	42.321	11.872
2018	PE	Recife	54.815	16.995
2019	PE	Recife	61.707	19.641
2020	PE	Recife	10.459	3.488
2013	PI	Teresina	0	0
2014	PI	Teresina	20.614	132
2015	PI	Teresina	24.803	16.911
2016	PI	Teresina	40.079	23.679
2017	PI	Teresina	50.742	31.556
2018	PI	Teresina	71.218	44.298
2019	PI	Teresina	80.059	49.568
2020	PI	Teresina	22.682	14.037
2013	RN	Natal	0	0
2014	RN	Natal	8.261	294

2015	RN	Natal	15.120	5.409
2016	RN	Natal	17.078	6.711
2017	RN	Natal	29.642	10.574
2018	RN	Natal	26.745	9.470
2019	RN	Natal	20.783	8.224
2020	RN	Natal	5.195	1.782
2013	SE	Aracaju	0	0
2014	SE	Aracaju	226	0
2015	SE	Aracaju	11.257	5.846
2016	SE	Aracaju	11.600	9.778
2017	SE	Aracaju	18.388	8.099
2018	SE	Aracaju	21.930	9.270
2019	SE	Aracaju	27.644	11.566
2020	SE	Aracaju	17.905	6.548

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Tabela 6 – Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Norte.

<i>Ano</i>	<i>UF</i>	<i>Capital</i>	<i>1ª Consulta odontológica</i>	<i>Tratamentos concluídos</i>
2013	AC	Rio Branco	0	0
2014	AC	Rio Branco	240	88
2015	AC	Rio Branco	1.602	4.405
2016	AC	Rio Branco	5.209	8.389
2017	AC	Rio Branco	4.997	4.387
2018	AC	Rio Branco	5.818	3.938
2019	AC	Rio Branco	4.423	3.220
2020	AC	Rio Branco	987	607
2013	AM	Manaus	12.777	4.460
2014	AM	Manaus	36.100	26.363
2015	AM	Manaus	13.256	7.586
2016	AM	Manaus	2.992	1.618
2017	AM	Manaus	9.089	3.475
2018	AM	Manaus	18.774	7.432
2019	AM	Manaus	10.459	3.488
2020	AM	Manaus	21.067	11.846
2013	AP	Macapá	53.225	62.619
2014	AP	Macapá	110.078	102.574

2015	AP	Macapá	5.195	1.782
2016	AP	Macapá	7.992	3.045
2017	AP	Macapá	404	73
2018	AP	Macapá	23.518	13.511
2019	AP	Macapá	4.121	2.779
2020	AP	Macapá	10.135	2.483
2013	PA	Belém	0	0
2014	PA	Belém	5.248	1.839
2015	PA	Belém	6.942	7.314
2016	PA	Belém	12.911	8.336
2017	PA	Belém	22.384	8.842
2018	PA	Belém	21.569	9.257
2019	PA	Belém	26.229	12.652
2020	PA	Belém	9.089	3.475
2013	RO	Porto Velho	0	0
2014	RO	Porto Velho	0	0
2015	RO	Porto Velho	3.267	1.414
2016	RO	Porto Velho	23.471	12.731
2017	RO	Porto Velho	19.942	9.067
2018	RO	Porto Velho	13.427	5.438

2019	RO	Porto Velho	18.811	6.990
2020	RO	Porto Velho	7.992	3.045
2013	RR	Boa Vista	0	0
2014	RR	Boa Vista	600	30
2015	RR	Boa Vista	1.095	642
2016	RR	Boa Vista	2.412	1.218
2017	RR	Boa Vista	5.048	2.468
2018	RR	Boa Vista	2.035	6.108
2019	RR	Boa Vista	2.025	269
2020	RR	Boa Vista	404	73

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Tabela 7 – Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Sudeste.

<i>Ano</i>	<i>UF</i>	<i>Capital</i>	<i>1ª Consulta</i>	<i>Tratamentos concluídos</i>
2013	ES	Vitória	0	0
2014	ES	Vitória	0	0
2015	ES	Vitória	7.341	0
2016	ES	Vitória	13.877	0
2017	ES	Vitória	12.900	0
2018	ES	Vitória	13.336	13
2019	ES	Vitória	11.948	0
2020	ES	Vitória	2.332	5
2013	MG	Belo Horizonte	0	0
2014	MG	Belo Horizonte	0	0
2015	MG	Belo Horizonte	20.381	14.593
2016	MG	Belo Horizonte	221.320	165.710
2017	MG	Belo Horizonte	130.424	91.416
2018	MG	Belo Horizonte	122.654	83.676
2019	MG	Belo Horizonte	138.883	94.369
2020	MG	Belo Horizonte	36.100	26.363

2013	RJ	Rio de Janeiro	0	0
2014	RJ	Rio de Janeiro	0	0
2015	RJ	Rio de Janeiro	47.801	137.094
2016	RJ	Rio de Janeiro	2.190.714	7.276.453
2017	RJ	Rio de Janeiro	264.104	700.497
2018	RJ	Rio de Janeiro	303.779	573.104
2019	RJ	Rio de Janeiro	263.235	380.725
2020	RJ	Rio de Janeiro	110.078	102.574
2013	SP	São Paulo	0	0
2014	SP	São Paulo	0	0
2015	SP	São Paulo	0	0
2016	SP	São Paulo	11.600	9.778
2017	SP	São Paulo	193.111	82.610
2018	SP	São Paulo	306.995	211.426
2019	SP	São Paulo	585.633	391.650
2020	SP	São Paulo	129.087	89.525

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Tabela 8 – Produções de 1ª Consulta odontológica programática e Tratamentos concluídos da Região Sul.

<i>Ano</i>	<i>UF</i>	<i>Capital</i>	<i>1ª Consulta</i>	<i>Tratamentos concluídos</i>
2013	PR	Curitiba	0	0
2014	PR	Curitiba	0	0
2015	PR	Curitiba	0	0
2016	PR	Curitiba	2.686	0
2017	PR	Curitiba	44.593	0
2018	PR	Curitiba	167.229	0
2019	PR	Curitiba	245.721	7.635
2020	PR	Curitiba	53.225	62.619
2013	RS	Porto Alegre	0	0
2014	RS	Porto Alegre	17	0
2015	RS	Porto Alegre	23.361	22.652
2016	RS	Porto Alegre	48.885	31.555
2017	RS	Porto Alegre	50.620	35.367
2018	RS	Porto Alegre	44.696	29.372
2019	RS	Porto Alegre	43.322	30.152
2020	RS	Porto Alegre	23.518	13.511

2013	SC	Florianópolis	0	0
2014	SC	Florianópolis	0	0
2015	SC	Florianópolis	0	0
2016	SC	Florianópolis	2.122	0
2017	SC	Florianópolis	13.982	0
2018	SC	Florianópolis	7.244	0
2019	SC	Florianópolis	22.968	16.246
2020	SC	Florianópolis	4.121	2.779

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Na região Centro Oeste, a capital Brasília foi a Capital que mais apontou produção de 1ª consulta odontológica programática e Tratamento Concluído. O ano de 2019 se apresentou como sendo para Brasília, Campo Grande e Cuiabá como o que alcançou número de 1ª consultas odontológicas programáticas realizadas, já para Goiânia o ano de 2018 teve seu ápice.

A região Nordeste revelou que Fortaleza foi a capital que mais registrou produção tendo seu maior número de registros o ano de 2017, tanto para 1ª consulta odontológica programática quanto para tratamento concluído. Salvador apresentou maior número de tratamentos concluídos que 1ª consultas, sugere-se que há detrimento de novos acessos à tratamentos odontológicos. Aracaju foi a capital da região que revelou menor registro de produção, entretanto, deve ser considerado o seu baixo quantitativo populacional se comparado às outras capitais.

A capital Teresina, que possui a maior cobertura de saúde bucal da região, apontou o 2º maior número de registros de produção. Recife apresentou maior número de produção se comparada à João Pessoa, sendo que aquela possui quase o dobro de população.

Na região Norte, a capital que mais registrou procedimentos foi Macapá, tendo em 2014 os seus maiores registros. Em seguida, a capital Manaus, que revelou comportamento semelhante. A capital Porto Velho, obteve seu maior nº de registros em 2016, tanto de 1ª consulta odontológica programática como de tratamento concluído.

Belém apresentou em 2019, seu ápice relacionado ao número de produção. Já Boa Vista no ano de 2018, mostrou nº de procedimentos de tratamento concluído maior que a de 1ª consulta, podendo haver redução de novos acessos à tratamentos odontológicos.

Em relação à região Sudeste, temos que Rio de Janeiro foi a capital que registrou maior número de procedimentos, tendo o seu maior quantitativo de produção registrado em 2017 para tratamento concluído e não para 1ª consulta odontológica programática, sugerindo que pode ter havido detrimento de novos acessos de saúde bucal. São Paulo em 2019, registrou maior quantitativo de procedimentos, já Belo Horizonte, apontou seu ápice em 2016.

A capital Vitória apresentou maior número de registros em 2018, contudo, chama a atenção o fato de não haver números de tratamentos concluídos suficientes, sugerindo que os acessos existentes podem não ter a resolutividade dos casos assegurada.

Na região Sul, a capital de Curitiba apresentou maior registros, sendo em 2019, maior quantidade relacionada a 1ª consulta odontológica programática e em 2020, de tratamentos concluídos. Porto Alegre em 2017, expôs maior quantidade de procedimentos. A capital de Florianópolis revelou maior registros em 2019.

Tendo em vista que a fonte de dados, SISAB só foi instituída em 2013 e, portanto, que para o trabalho seria um período de análise de apenas 7 anos e, ainda, que em alguns anos não houve produção ou foi insuficiente, como exemplo os anos de 2013 a 2015, optou-se por não utilizar os dados de produção na estatística analítica, somente na descritiva.

6.4. ANÁLISE DAS CAPITAIS FEDERAIS

No que compete aos resultados da análise estatística empregada na presente pesquisa, abaixo são apresentadas as análises relacionadas ao componente de Equipes de Saúde Bucal com a tendência anual da Cobertura de Saúde Bucal e Histórico do número de Equipes de Saúde Bucal Financiadas, **Tabela 9**, abaixo:

Tabela 9 - Tendência anual da cobertura e nº de equipes financiadas, Brasil, 2010 a 2020.

CAPITAL	Cobertura Taxa de Incremento % (IC95%)	Tendencia Cobertura	Nº de equipes financiadas Taxa de Incremento % (IC95%)	Tendência do Nº de equipes financiadas
Aracaju	-8,20 (-10,98; -5,34)	Decrescente	-5,29 (-11,23;1,03)	Estacionária
Belém	1,57 (-0,93;4,15]	Estacionária	30,23 (10,99;52,82)	Crescente
Belo Horizonte	3,22 (-2,15;8,90)	Estacionária	5,52 (2,97;8,14)	Crescente
Boa Vista	-10,92 (-26,45;7,88)	Estacionária	-19,91 (-53,52;38,00)	Estacionária
Brasília	16,25 (9,36;23,59)	Crescente	11,46(-19,41;54,17)	Estacionária
Campo Grande	3,05 (-2,52;8,95)	Estacionária	12,41 (7,11;17,98)	Crescente
Cuiabá	54,24 (19,9;98,40)	Crescente	156,55 (97,09;233,94)	Crescente
Curitiba	-6,84 (-10,18;-3,37)	Decrescente	-0,77 (-8,36;7,44)	Estacionária
Florianópolis	-7,92 (-11,55;-4,15)	Decrescente	-24,57 (-46,08;5,52)	Estacionária
Fortaleza	3,04 (-3,11;9,60)	Estacionária	5,46 (2,05;8,98)	Crescente
Goiânia	-12,22 (-16,8;-7,38)	Decrescente	15,40 (0,17;32,94)	Crescente
João Pessoa	-2,86 (-3,48;-2,25)	Decrescente	-4,38 (-5,43;-3,32)	Decrescente
Macapá	-15,48 (-32,82;6,33)	Estacionária	-13,65 (-23,81;-2,15)	Decrescente
Maceió	-12,19 (-15,30;-8,98)	Decrescente	-0,28 (-5,98;5,75)	Estacionária
Manaus	-0,94 (-8,62;7,38)	Decrescente	18,03 (7,25; 29,90)	Crescente
Natal	-10,06 (-18,78;-0,39)	Decrescente	-15,37 (-22,06;-8,11)	Decrescente
Palmas	10,26 (4,82;15,99)	Crescente	11,23 (4,44;18,46)	Crescente
Porto Alegre	12,28 (7,39;17,39)	Crescente	72,74 (38,43;115,55)	Crescente
Porto Velho	-4,07 (-12,64; 5,32)	Estacionária	-4,18 (-10,95;3,10)	Estacionária
Recife	-4,59 (-11,62;2,99)	Estacionária	7,04 (3,02;11,21)	Estacionária
Rio Branco	-3,22 (-8,32;2,15)	Estacionária	12,74 (-2,10;29,86)	Estacionária
Rio de Janeiro	-1,96 (-7,58; 3,98)	Estacionária	18,01 (2,78; 35,50)	Crescente
Salvador	14,68 (5,89;24,21)	Crescente	31,84 (8,18;60,67)	Crescente
São Luís	-13,18 (-21,15;-4,39)	Decrescente	-1,36 (-4,41;1,77)	Estacionária
São Paulo	4,93 (3,26;6,62)	Crescente	23,27 (16,27;30,69)	Crescente
Teresina	4,33 (-1,05;10,02)	Estacionária	6,71 (3,72;9,79)	Crescente
Vitória	-1,47 (-6,48;3,79)	Estacionária	6,10 (0,26;12,29)	Crescente

Fonte: Elaboração própria.

Conforme **Tabela 9**, acima é possível observar que houve divergências em relação a taxa de cobertura e de equipes financiadas ao longo do período. No município de Aracaju, por exemplo, foi revelada tendência de decréscimo em média de 8,2% na taxa de cobertura de saúde bucal apresentando significância estatística. Já para o número de eSB a tendência foi estacionária. Situação semelhante ocorre nas capitais de Curitiba, Florianópolis, Maceió e São Luís, em que houve diminuição em média de 6,84%; 7,92%; 12,19%; e 13,18%, respectivamente.

As capitais de João Pessoa, Macapá e Natal revelaram tendência de decréscimo em relação ao nº de equipes financiadas e, com exceção do município de Macapá, que se comportou de forma estacionária, apresentaram decréscimo também na Cobertura de Saúde Bucal.

As capitais de Brasília, Cuiabá, Palmas, Porto Alegre, Salvador e São Paulo apontaram situação de crescimento no que compete a Cobertura, a mesma tendência foi apresentada para o nº de equipes financiadas, tendo destaque o município de Cuiabá como aquele que mais mostrou acréscimo. Destes, Brasília apresentou tendência estacionária de nº de equipes financiadas.

As Capitais de Belém, Belo Horizonte, Boa Vista, Campo Grande, Fortaleza, Macapá, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Teresina, Vitória se apresentaram como estacionárias. Contudo, salienta-se que a capital Belém apontou crescimento importante no que corresponde ao nº de eSB financiadas havendo em média um crescimento de 30,23%.

Já em relação aos aspectos socioeconômicos, epidemiológicos relacionados aos componentes de saúde bucal, número de Equipes de Saúde Bucal financiadas e Cobertura de Saúde Bucal, foi estabelecida mediana para avaliar a tendência temporal, conforme pode ser averiguado na **Tabela 10** e **Tabela 11**, abaixo:

Tabela 10 - Variáveis socioeconômicas e de saúde bucal de acordo com a tendência temporal da cobertura, Brasil, 2010 a 2020.

Variável	Tendência		
	Crescente n (%)	Decrescente n (%)	Estacionária n (%)
IDHM			
≤0,770	1 (7,14)	6 (42,86)	7 (50,00)
>0,770	5 (38,46)	3 (23,08)	5 (38,46)
IDHMR			
≤0,784	1 (7,14)	6 (42,86)	7 (50,00)
>0,784	5 (38,46)	3 (23,08)	5 (38,46)
IDHME			
≤0,708	2 (13,33)	5 (33,33)	8 (53,33)
>0,708	4 (33,33)	4 (33,33)	4 (33,33)
IDHML			
≤0,832	1 (7,14)	5 (35,71)	8 (57,14)
>0,832	5 (38,46)	4 (30,77)	4 (30,77)
ESCOLARIDADE 2010			
≤62,28	2 (14,29)	5 (35,71)	7 (50,00)
>62,28	4 (30,77)	4 (30,77)	5 (38,46)
ESCOLARIDADE 2018			
≤69,33	2 (14,29)	5 (35,71)	7 (50,00)
>69,33	4 (30,77)	4 (30,77)	5 (38,46)
CPOD			
≤1,66	6 (42,86)	5 (35,71)	3 (21,43)
>1,66	0 (0,00)	4 (30,77)	9 (69,23)
C			
≤53,1	4 (28,57)	7 (50,00)	3 (21,43)
>53,1	2 (15,38)	2 (15,38)	9 (69,23)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a comparação dos índices socioeconômicos com a tendência de Cobertura de Saúde Bucal temos que 50% das Capitais Federais que apresentavam piores IDH-M, obtiveram a tendência estacionária. Já 42,86% destas se enquadraram como decrescente e, somente 7,14% Capitais revelaram sua cobertura de saúde bucal tendendo ao crescimento.

As Capitais Federais que se enquadram com IDH-M maior, apresentaram crescimento na proporção de 38,46% e, a mesma situação foi observada para aquelas que foram consideradas estacionárias. Quase $\frac{1}{4}$ das capitais (23,08%) se enquadraram como decrescente.

Já para o IDH-M Renda, as Capitais que se enquadram como menor ou igual a 0,784 exibiram a situação de 7,14% crescente, 42,86% decrescente e a metade (50%) como estacionária. No que corresponde aquelas com IDH-M maior que 0,784, 38,46% foram crescentes, 23,08% decrescentes e como estacionárias 38,46%, totalizando 61,54% das capitais em situação decrescente ou estacionária, no desenvolvimento da PNSB.

Para o IDH-M Escolaridade, aquelas com resultados menores ou igual a 0,708 apresentaram a tendência de 13,33% como crescente, 33,33% como decrescente e 53,33% como estacionária, sendo a maioria em relação a outras tendências. Para as que possuem o IDH-ME maior que 0,708, houve equivalência entre as tendências.

Sobre a longevidade, as Capitais Federais que são menores ou igual ao índice 0,832, a maioria (57,14%) foram estacionárias, seguidas por 35,71% como decrescentes e somente 7,14% crescentes. Aquelas que possuem IDH-M maior que 0,832, mostrou a maioria (38,46%) como crescentes, ambas tendências decrescentes e estacionárias foram 30,77%.

Com relação aos níveis de escolaridade, temos que as Capitais com IDH-M menor ou igual a 62,28 foram estacionárias, seguidas pelas decrescentes (35,71%) e por fim 14,29% como crescentes. Aquelas com maior que 62,28% apontaram em sua maioria (38,46%) como estacionárias.

As Capitais com menores resultados do índice CPO-D, apresentaram a tendência de crescimento da Cobertura de Saúde Bucal, seguidas por 35,71% como decrescentes e, por fim, 21,43% ficaram estacionadas. As com melhores resultados do dado epidemiológico, obtiveram 69,23% como estacionárias, sendo que nenhuma Capital apresentou situação de crescimento.

No que corresponde ao Componente “C” (cárie não tratada), aquelas com piores índices apresentaram a situação de decréscimo (50%) em relação a cobertura de saúde bucal, já 28,57%

se enquadraram como decrescentes e 21,43% foram estacionárias em relação à Cobertura. As que apresentaram melhores resultados no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, 69,23% não sofreram alteração considerável, sendo, portanto, estacionárias em relação à Cobertura.

Em relação à tendência temporal de equipes de saúde bucal financiadas e sua relação com os aspectos socioeconômicas e dados epidemiológicas, apresenta-se a descrição analítica e suas associações na **Tabela 11**.

Tabela 11 - Variáveis socioeconômicas e de saúde bucal de acordo com a tendência temporal do número de equipes, Brasil, 2010 a 2020.

Variável	Tendência		
	Crescente n (%)	Decrescente n (%)	Estacionária n (%)
IDHM			
≤0,770	5 (35,71)	3 (21,43)	6 (42,86)
>0,770	9 (69,23)	0 (0,00)	4 (30,77)
IDHMR			
≤0,784	5 (35,71)	3 (21,43)	6 (42,86)
>0,784	9 (69,23)	0 (0,00)	4 (30,77)
IDHME			
≤0,708	6 (40,00)	3 (20,00)	6 (40,00)
>0,708	8 (66,67)	0 (0,00)	4 (33,33)
IDHML			
≤0,832	5 (35,71)	2(14,29)	7 (50,00)
>0,832	9 (69,23)	1(7,69)	3 (23,08)
ESCOLARIDADE 2010			
≤62,28	6 (42,86)	3 (21,43)	5 (35,71)
>62,28	8 (61,54)	0 (0,00)	5 (38,46)
ESCOLARIDADE 2018			
≤69,33	6 (42,86)	3 (21,43)	5 (35,71)
>69,33	8 (61,54)	0 (0,00)	5 (38,46)
CPOD			
≤1,66	8 (57,14)	2 (14,29)	4 (28,57)
>1,66	6 (46,15)	1 (7,69)	6 (46,15)
C			
≤53,1	7 (50,00)	3 (21,43)	4 (28,57)
>53,1	7 (53,85)	0 (0,00)	6 (46,15)

Fonte: Elaboração própria.

No que compete aos dados das Capitais com piores índices de IDH-M temos que a maioria (42,86%) apresentou a tendência de serem estacionárias em relação às Equipes de Saúde Bucal financiadas no período de 2010 a 2020, seguida por 35,71% como crescentes e 21,43% como decrescentes. As com melhores taxas de IDH-M, 69,23% revelaram tendência crescente, seguidas pelas proporções de 30,77% como estacionárias e nenhuma foi considerada como decrescente.

Em relação ao IDH-M Renda, as Capitais Federais com menores índices estacionaram em relação à tendência (42,86%) e 35,71% foram crescentes e 21,43% como decrescentes. Para as capitais com melhores taxas considerou como crescente (69,23) o número de equipes financiadas no período avaliado (2010 a 2020), 30,77% das capitais mostraram ter tendência estacionária.

Para o índice de educação, os achados evidenciam que 40% de Capitais com piores resultados são crescentes e, também, estacionárias. Somente 20% são decrescentes. Aquelas com melhores resultados foram consideradas como crescentes (66,67%) e 33,33% são estacionárias.

No que se trata de índices de longevidade, aquelas com piores resultados apresentaram tendência estacionária (50%), já 35,71% foram crescentes e somente 14,29% são decrescentes. Para aquelas com melhores resultados, 69,23% apontaram a tendência de crescimento, seguido por 23,08% como estacionária e 7,69% decrescentes.

Sobre o quesito escolaridade, tem-se que 42,86% das Capitais Federais com menores IDH-M tendenciaram ao crescimento, seguidas pelas tendências estacionárias (35,71%) e decrescentes (21,43%). As Capitais Federais com melhores resultados são tendenciosas ao crescimento (61,54%) e 38,46% foram estacionárias em relação ao número de equipes de saúde bucal financiadas.

Correspondente aos dados epidemiológicos, as Capitais com piores índices mostraram o comportamento de crescimento relacionado ao número de eSB (57,14%), 28,57% foram estacionárias no período analisado (2010 a 2020) e 14,29% decrescentes em relação ao nº de eSB financiadas.

Relativas ao componente “C”, a maioria das Capitais Federais com piores índices socioeconômicos tendenciaram ao crescimento (50%), 28,57% como estacionárias e 21,43%

como decrescentes. Das com melhores índices, ou seja, de cárie não tratada, foi 53,85% como crescentes e 46,15% apresentaram a tendência como estacionárias.

7. DISCUSSÃO

Conforme análise dos dados, houve tendência crescente de nº de eSB financiadas em 14 capitais federais, estacionária em 10 capitais e decrescente em 03 capitais. Quanto à cobertura, 06 capitais apresentaram uma tendência crescente, 09 decrescente e a maioria (n=12), estacionária. Capitais com melhor IDHM ($>0,770$) tiveram tendência crescente de cobertura n=5 (38,46). Apenas uma capital com IDHM $\leq 0,770$ teve tendência crescente de cobertura. Nove capitais com cárie não tratada aos 12 anos tiveram tendência estacionária de cobertura.

A pesquisa demonstrou que a PNSB teve incremento não substancial das ações em âmbito nacional em algumas capitais federais. O incremento não foi realizado de forma significativa do ponto de vista da necessidade premente já que os domínios geográficos com maior necessidade não apresentaram maior ampliação de nº de equipes e cobertura a contento. Portanto, o pressuposto alternativo não foi aceito, uma vez que os DDS não foram considerados na ampliação da PNSB nas Capitais Federais no período avaliado.

Ademais, se torna relevante o ineditismo relacionado a estatística analítica empregada no estudo, que possibilitou a análise de tendência temporal (2010 a 2020). Como uma das limitações, a pandemia da Covid-19 pode ter afetado resultados encontrados impactando sobremaneira os dados de produção e organização dos serviços. Acredita-se que apesar disso, não houve danos significativos para a presente pesquisa.

Deste modo, salienta-se que do ponto de vista da estimativa da tendência de cobertura e nº de equipes financiadas e sua correlação com as variáveis sociodemográficas (IDHM e escolaridade de 15 a 17 anos) e às variáveis epidemiológicas (CPOD aos 12 anos e componente “C” aos 12 anos de idade) temos que as Capitais Federais com piores índices socioeconômicos: Belém, Boa Vista, Macapá, Maceió, Manaus, Porto Velho, Rio Branco e Teresina apresentaram tendência estacionária ou decrescente em relação à Cobertura de Saúde Bucal e no que correspondem ao histórico de equipes de saúde bucal financiadas no período houve tendência crescente: Belém, Manaus e Teresina; estacionária: Boa Vista, Maceió, Porto Velho e Rio Branco; e decrescente: Macapá. Ressalta-se que a capital Teresina possui a maior cobertura de saúde bucal de todas as capitais federais e, portanto, pode se justificar sua tendência estacionária no período e, além disso, apesar de seu índice CPO-D estar acima da média da OMS, pode-se considerar que não é um resultado negativo se comparado às demais capitais. Já a capital Porto Velho que se destacou por ter ultrapassado os índices de CPO-D, teve a tendência estacionária

tanto em relação à cobertura de saúde bucal como de número de equipes de saúde bucal financiadas, devendo haver intervenção e apoio conjunto dos entes federais para melhoria destes resultados.

No que corresponde às Capitais Federais com melhores posições do IDH-M tem-se que Florianópolis, Vitória, Brasília, Curitiba, Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo, Goiânia, Rio de Janeiro e Palmas apresentaram em relação à Cobertura de Saúde Bucal tendência crescente: Brasília, Palmas, Porto Alegre e São Paulo; decrescente: Curitiba, Florianópolis e Goiânia; e estacionária: Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Vitória. Já em relação à tendência de equipes de saúde bucal financiadas no período, temos que foram crescentes as capitais de Belo Horizonte, Goiânia, Palmas, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória; e estacionárias Brasília, Curitiba e Florianópolis, não havendo, portanto, nenhum decrescente. Ressalta-se que a capital de Florianópolis foi a única capital federal que alcançou a meta da OMS relacionada ao índice CPO-D aos 12 anos.

Coaduna com os resultados evidenciados que apesar de não haver um padrão, o desafio do aumento de cobertura de saúde bucal e número de equipes financiadas entre municípios com melhores IDH-M ainda é um desafio. Neste sentido, infere-se que nestas localidades, devido ao fato de que pode haver menor número de pessoas que utilizam os serviços públicos de saúde bucal, confirmam a tese de que há desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal. Deste modo, sugestionam que pode haver menor investimentos nos serviços públicos de saúde bucal, uma vez que a complexidade e variedade de serviços de saúde por vezes competem com às estratégias públicas. (10)

Destaca-se que nas análises houve variação entre os anos e entre Capitais Federais da mesma região geográfica não havendo uma padronização nos achados relacionadas ao ano, procedimentos, dados socioeconômicos e epidemiológicos. Estudo que analisou a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras no período de 2003 a 2010, convergem com estes achados em que a oferta e organização das ações e serviços têm forte influência da gestão e formas de condução das Diretrizes da PNSB, sendo assim, é implementada diferentemente entre as capitais federais. (71)

Corroborando com isso, estudo que analisou a Política de Saúde Bucal no Brasil no período de 2018 a 2021 (parte do período avaliado no presente trabalho), apresentou como um dos achados que as contínuas mudanças na Coordenação-Geral de Saúde Bucal, impactam

sobremaneira a forma como são realizadas as ações, serviços, priorizações e induções inclusive financeiras nos estados e municípios. Soma-se o fato das rupturas ocorridas na Gestão Federal com o impeachment da presidenta Dilma e sua sucessão pelo Governo Temer e, posteriormente, Bolsonaro, desencadearam em “instabilidade política, econômica e medidas de austeridade fiscal” com predomínio para ações privatistas, descontinuando estratégias e programas efetivos e, principalmente, a prioridade com a pauta obtida durante o Governo Lula (2003 a 2011), cita-se como exemplo a Emenda Constitucional n.º 95/2016, limitando os gastos públicos até 2036, incluindo os de saúde bucal (91).

Além disso, ficou evidente que desde a destituição ilegítima da Presidente Dilma Roussef, a PNSB não foi ação prioritária nos governos Temer e Bolsonaro. Durante o governo Temer, a prioridade foi aumentar repasse financeiro relativo a Emendas Parlamentares. No Governo Bolsonaro, após a implementação do programa Previne Brasil, o único indicador com alguma relação de cunho odontológico é o acompanhamento do “Pré-Natal Odontológico”, que na verdade reflete apenas o processo de encaminhamento de médicos/enfermeiros ao atendimento odontológico, sendo, portanto, um indicador de acesso à saúde pré-natal e não verdadeiramente de resolutividade em saúde bucal. Deste modo, em síntese, após instalação do previne Brasil no Governo Bolsonaro, nenhum indicador pactuado foi referente a produção em Odontologia. Apenas indicador de acessos e gestantes ao pré-natal com o estímulo a práticas materno-infantis, incluindo o referenciamento correto das gestantes ao atendimento odontológico. A falta de indicador e a substituição dos até então existentes em Odontologia não permitiram nos últimos anos averiguar resolutividade no campo de atuação das eSB. Sublinha-se a importância da Gestão Federal acompanhar indicadores de resultado nas eSB para avaliar outros pressupostos de APS, principalmente, partindo do pressuposto que é salutar a incorporação de indicadores à nível federal para estimular comportamentos, ações e estratégias nos serviços locais da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Diferentemente, durante a ascensão da PNSB após 2003, era percebido incremento das ações da PNSB no âmbito da APS, principalmente no Norte e Nordeste do país (92) onde foram encontrados piores índices epidemiológicos apontados nos inquéritos epidemiológicos SB Brasil em 2003 e 2010. Contudo, a região Nordeste passou a ser aquela que concentra maior taxa de cobertura de saúde bucal do Brasil (93) e, ainda, de distribuição de eSF e do antigo

Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), conforme revelou estudo que analisou a distribuição de equipes de atenção primária à saúde no Norte e Nordeste. (94)

Neste sentido, (Barbosa et. al.; 2018) retratam que a Emenda Constitucional nº 95 (EC/95) que congelou os gastos sociais no Brasil por 20 anos, prejudica a ampliação e transversalidade da saúde bucal com outras políticas públicas de saúde se tornando um desafio diante das atribuições e responsabilidade do Estado na implementação de melhorias e aprimoramentos. (95)

Pesquisa que avaliou os custos para implantação de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado de Minas Gerais retrataram que o financiamento federal para atenção primária e programas estratégicos foram insuficientes nos últimos anos, sugerindo que haja articulação para maior cofinanciamento estadual e federal para a saúde bucal, em que a maior parcela tem sido destinada pelos municípios. (96)

Neste sentido, há o questionamento sobre qual a infra-estrutura fornecida para os municípios para que haja melhores indicadores e cumpram com os preceitos da garantia do Direito à Saúde (97) As medidas para este engajamento têm sido por vezes, a indução financeira por meio de políticas de incentivo que é utilizada pelo Governo Federal como forma de persuasão, (98) há, portanto, que se considerar o incentivo financeiro federal para as equipes de saúde bucal. O repasse financeiro federal está condicionado à adesão dos municípios aos programas e políticas existentes, e além de sua implantação estão relacionadas às produções e sua série histórica (99). Cumpre-nos salientar que locais com maior dificuldade de fixação de profissionais e baixos indicadores de produção podem sofrer penalidades financeiras de suspensão de recursos, sendo a forma que o Governo Federal encontra de monitoramento dos recursos financeiros federais repassados, que obviamente não é a maneira mais equânime diante das vulnerabilidades e disparidades existentes.

Deste modo, as Capitais Federais que possuem maior infraestrutura normalmente são as que mais concentram os profissionais cirurgiões-dentistas e, portanto, existe menor rotatividade (97), futuras pesquisas devem ser realizadas para avaliação de tendência nessas localidades, principalmente em áreas de campo, floresta e águas com populações específicas e que carecem de olhar racional e equânime.

As divergências de gestão podem ter influência nos determinantes e problemas de saúde coletiva, devendo haver a devida importância quando do estabelecimento e condução de políticas públicas contextualizadas. (71, 100, 101, 102) Diante de desigualdades de renda e oportunidades existentes no país, o incentivo e efetivação das políticas sociais para todos se fazem precípuas para a garantia dos direitos coletivos e individuais inerentes à um país democrático tal como o Brasil. (103)

Sendo assim, há que se considerar o contingenciamento orçamentário e ausência de priorização ocorridas no período de 2015 a 2022 em que estratégias consolidadas da Política Nacional de Saúde Bucal, como as equipes de saúde bucal (foco do presente trabalho), Unidades Odontológicas Móveis (UOM) que tiveram sua última doação realizada em 2015 e, ainda, estratégias da atenção especializada como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e serviços de apoio para confecção de próteses dentárias suprimindo parte da demanda de reabilitação odontológica protética como os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, foram represadas por meio da ausência do credenciamento e, até mesmo do descredenciamento, diminuindo sobremaneira o quantitativo e impactando na suspensão do repasse financeiro federal. Neste sentido, é importante citar a responsabilidade que todos os entes federados possuem diante de alternativas desta natureza. Contudo, ratifica-se que o modelo “*top-down*” encontrado na política pública de saúde bucal com prestígio e indução das ações do Governo Federal na (re)organização municipais e estaduais devem ser considerados e suas práticas e recomendações serem mais cautelosas, para além, ressalta-se também os prejuízos gerados para os gestores e população locais diante da descontinuidade dessas ações e serviços durante o período.

Salienta-se que o fato dos resultados do presente estudo terem apontado para possível aumento do número de eSB em algumas Capitais Federais, não significa necessariamente, bons resultados, há que se considerar também, o consequente aumento do quantitativo populacional, devendo haver, portanto, a devida proporcionalidade neste incremento. Desta forma, não se trata de um aumento significativo que supriu sobremaneira o Direito de Acesso à Saúde. Sendo assim, é salutar a indução de mais habilitações e o desvencilhamento do desafio de aumento da Cobertura de Saúde Bucal, principalmente nos locais que há menores índices socioeconômicos e de dados epidemiológicos.

Adicionalmente, autores relatam que ter na composição das eSB auxiliares e técnicos

de saúde bucal pode contribuir para: “ampliar o acesso, produtividade e diminuir as desigualdades em saúde bucal, além de reduzir os custos da atenção” (101, 102) Neste sentido, há o entrave relacionado ao número de técnicos de saúde bucal (TSB) serem insuficientes. Segundo dados do SCNES, em março de 2023, o número de TSB registrados com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), “223293” era de 5.999, em contrapartida, o de Cirurgião-dentista era de 217.256 e, de Auxiliar em Saúde Bucal 23.407. Deste modo, o incentivo à habilitação de eSB modalidades II, com a presença do profissional TSB, torna-se insustentável em curto prazo, devendo os entes federativos implantarem estratégias que suportem em médio e longo prazos a mudança do modelo de equipe para incorporação hegemônica do Técnico em Saúde Bucal, para alcançar maior acesso e cobertura. (13)

Contudo, no que compete à essa discricionariedade a implementação das ações e serviços da PNSB e, portanto, também das Equipes de Saúde Bucal que apesar de pertencerem a APS, segundo redação da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017 (40), não fazem parte da equipe mínima, ou seja, de acordo com a conveniência e oportunidade, o gestor faz a opção se quer aderir à estratégia. Em alguns casos, o município pode decidir por implantar, mas não na mesma quantidade das equipes de Saúde da Família. Deste modo, há um déficit histórico no quantitativo de eSB e eSF que pode prejudicar o processo de trabalho e gerar sobrecarga para os profissionais, diminuindo a qualidade e até mesmo comprometendo a assistência prestada para além dos consultórios odontológicos (clínica ampliada). Devendo haver, portanto, além da mudança do modelo de atenção e articulação da Rede de Atenção à Saúde Bucal, o engajamento dos gestores, sociedade e controle social quanto à importância da pauta, tornando as equipes de Saúde Bucal como parte obrigatória da equipe mínima.

Soma-se a estes pontos o fato de que em 2018, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) juntamente com entidades de classe, instituições de ensino superior, com colaboração da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/MS) fizeram a tentativa de realizar o inquérito epidemiológico SB indígena (104), que tinha o objetivo de conhecer a situação de saúde bucal dessa população, já possuía projeto técnico elaborado com estimativa de custos, apreciado por consulta pública e programação de 18 (dezoito) meses para sua realização, entretanto, não foi efetivado por motivos não esclarecidos. Enfatiza-se que segundo dados da revista *The Lancet* (105), 68% a 90% das crianças indígenas do mundo são acometidas com a doença cárie dentária reforçando que existem desigualdades extremas em saúde bucal para os grupos mais marginalizados e socialmente excluídos, dando ainda mais relevância para a

realização da pesquisa e para que a política pública destinada à essa população fosse mais equânime, priorizada e fiel à realidade existente no contexto indígena.

Neste mesmo sentido, não foi pautada políticas públicas em saúde para populações vulneráveis e populações específicas, principalmente ribeirinhos e fluviais, apenas mantendo equipes credenciadas para quilombolas mas sem amplitude de novos credenciamentos e reconhecimento do quantitativo populacional que obviamente aumentou ao longo dos anos e exigia maiores investimentos incluindo os financeiros, estratégias de políticas públicas, entre outros.

Deste modo, no que compete a cárie dentária, o fenômeno da “polarização” pode ter sido exacerbado nestas populações, ou seja, a ocorrência de maior carga de doença em um determinado grupo de indivíduos, em muitos casos, mediadas por desigualdade de acordo com diferentes perfis socioeconômicos ou populações específicas e marginalizadas. (102)

Com o advento da pandemia da Covid-19, juntamente com a Emenda Constitucional nº 95, o SUS nos últimos anos foi submerso em conflitos que ameaçaram seus princípios e diretrizes, principalmente diante das constantes provas infundadas a que as evidências científicas, pesquisas e boas práticas em saúde pública foram submetidas (94)

Sobre a incorporação da PNAB, estudo que realizou monitoramento do quantitativo de equipes de saúde bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família após a Política Nacional de Atenção Básica 2017 (40), apontou como resultado que os municípios reduziram a quantidade de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família após a publicação da normativa, sobretudo, nas regiões Sul e Nordeste, que possuem maior desigualdade social (IDH mais alto – 5,6%) e maior porte populacional, podendo gerar sérias consequências para o acesso da população aos tratamentos odontológicos, principalmente aos mais vulneráveis socioeconomicamente podendo por conseguinte desencadear em práticas odontológicas mutiladoras. (93; 91)

No que cabem os procedimentos de 1ª consulta odontológica programática e tratamento concluído observados no presente estudo, é possível inferir que as informações estão sendo por muitas vezes preteridas e deve-se salientar junto aos gestores e profissionais a importância do correto preenchimento destes indicadores de acesso e resolutividade. Ainda, há pontos de melhoria a serem feitos no sentido de que não haja somente estímulo aos tratamentos concluídos assegurando maior resolutividade, mas, que a demanda para novas consultas e pessoas com necessidades de tratamento odontológica sejam também garantidas. Possibilitando, portanto,

maior acesso e minimização de agravamento de quadros clínicos para não se tornarem possíveis extrações dentárias e/ou desencadearem em práticas mutiladoras e curativas conforme a mudança de modelo de atenção à saúde bucal almeja.

Deste modo, conforme dados do Portal e-Gestor (competência março de 2023), o fato de ter 3.544 equipes de Saúde Bucal financiadas na Capital Federal em um total de 28.158 eSB e, considerando que em sua maioria são referência para outros municípios menos estruturados, sugerem que haja maior estímulo a novas habilitações nestas localidades. Menciona-se que há que se ter a noção de que em muitos casos, há o desafio de concentração do profissional cirurgião-dentista em alguns locais, normalmente em grandes centros. Ademais, esta concentração não é equânime em relação aos setores públicos e privados. (21). Devendo haver estratégias para fixação de profissionais e dimensionamento da força de trabalho, neste sentido, estudos relatam que o estímulo a qualificação, residências profissionais, melhorias salariais, podem ser colaborativas com a menor rotatividade e concentração de profissionais em locais mais estruturados e com IDHM alto ou muito alto (98) e, que normalmente, são os locais que exigem menor atenção do ponto de vista de vulnerabilidades socioeconômicas (10, 21, 71).

Sendo assim, o programa de incentivo às residências na APS, que está em vigência, poderia ter sido um dos caminhos a serem percorridos, contudo, não houve ampla adesão por parte dos gestores locais. Ademais, importante retorno do Programa Mais Médicos (PMM) realizado em Brasília no dia 20 de março de 2023, com nova formulação será relevante uma vez que vislumbra a formação multiprofissional e, para tanto, o investimento em progressão de carreira e maior qualidade dos serviços e ações prestadas, principalmente nos locais mais vulneráveis socioeconomicamente e remotos, deste modo, poderá minimizar vazios assistenciais, permitindo maior acesso aos serviços odontológicos à população e, portanto, maior equidade ao acesso ao tratamento de saúde bucal seguro e qualificado.

Ressalta-se ainda que com a nova Gestão do presidente Lula e com a nomeação da primeira mulher Ministra da Saúde, Dra. Nísia Trindade Lima, foram retomadas as práticas voltadas às evidências científicas sob as normativas e recomendações, transversalidade das políticas públicas, como devem ser para se tornarem justas e efetivas e, ainda, a consideração dos diferentes contextos e “olhar atento” para populações específicas e, também, vulneráveis socioeconomicamente. Ademais, o Programa Brasil Sorridente passa por reformulação e aprimoramento e já foi apontado pelo atual presidente como uma das pautas prioritárias para sua gestão tal como já fora durante seus dois mandatos anteriores.

Neste sentido, as medidas foram iniciadas pelo credenciamento de estratégias que estavam represadas e que careciam de priorização, desta forma, pelas Portarias nº 425 e 432 de 05 de abril de 2023, foram habilitados 4.255 novos serviços de saúde bucal. Destes, 2.145 são de equipes de saúde bucal 40 horas, 1.540 de equipes de saúde bucal carga horária diferenciada (20h e 30h), 10 Unidades Odontológicas Móveis, 25 Centros de Especialidades Odontológicas, 43 Centros de Especialidades Odontológicas aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e 552 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Outro fator a ser ressaltado é a sanção presidencial do Projeto de Lei 8.131/2017 prevista para ser assinada no mês de maio de 2023, que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde e a evidencia como Política de Estado, dando o caráter de Lei Federal. Sendo assim, as perspectivas vislumbram que os anos vindouros sejam marcados pela irreversibilidade da saúde bucal como um direito humano essencial e de cidadania com sua incorporação no bojo das políticas públicas de saúde do SUS. (103)

Salienta-se que por se tratar de estudo que utilizou dados secundários, pode apresentar dados equivocados das bases de dados federais, que em algumas vezes, possuem informações divergentes entre si. Ademais, a variável de produção extraída do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) “1ª Consulta Odontológica Programática e Tratamento Concluído” não considerou o período analisado do estudo (2010 a 2020), mas o de 2013 a 2020 (a partir do ano de sua instituição - Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013) (106), não sendo adequado o uso de estatística analítica da variável de produção, podendo ser uma limitação do estudo.

8. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

O presente estudo demonstrou que os domínios geográficos estudados, com menor índice de desenvolvimento socioeconômico e com piores indicadores epidemiológicos CPOD e cárie não tratada não tiveram expansão a contento nos últimos dez anos. Gestores locais, estaduais e federais precisam incidir esforços na implementação de políticas públicas em localidades em desvantagem social, diminuindo desigualdades e proporcionando maior acesso e sobretudo promovendo equidade entre as populações. Deve-se considerar que municípios mais pobres possuem particularidades como populações específicas, maior contingente populacional, maior fluxo de imigração, além de outras particularidades inerentes a cada região do país.

Diante do exposto, vários movimentos sociais enunciaram a saúde bucal como uma necessidade de ser instituída até que se tornasse uma Política Nacional de Saúde Bucal, mesmo que seu escopo não seja ainda formalizado em uma Política, contudo, há a previsão de sanção presidencial do Projeto de Lei que visa instituir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde e a evidencia como Política de Estado possibilitando que haja maior garantia do Direito Social à Saúde. Neste sentido, até então por meio das Diretriz Nacionais de Saúde Bucal (2004), que trazem a importância do conhecimento do território e contextos dos indivíduos e coletividades para além dos aspectos do processo saúde-doença, ao Governo Federal cabe ter mais pontos a considerar a respeito dos Determinantes Sociais em Saúde e sobre Dados Epidemiológicos na formulação e implementação das ações e serviços de saúde bucal.

Deste modo, é necessário investimentos para além do crescimento quantitativo da PNSB por meio do engajamento dos gestores, sociedade e controle social quanto à importância da pauta, mas que os aspectos socioeconômicos sejam respeitados dando ainda “bom uso” para os dados epidemiológicos gerados com as Pesquisas Nacional de Saúde Bucal e demais pesquisas de cunho informativo e de diagnóstico situacional para que de fato haja a devida intervenção principalmente nos Estados, Distrito Federal e Municípios apontados como mais vulneráveis socioeconomicamente e epidemiologicamente e com piores resultados.

Neste sentido, o presente trabalho se torna relevante do ponto de vista da sua associação feita com os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), dados

epidemiológicos e também com as variáveis referentes às Equipes de Saúde Bucal nas Capitais Federais. Estas por sua vez, normalmente denotam maiores investimentos, infraestrutura e são macrorregiões para municípios circunvizinhos e para os seus munícipes, deste modo, controvérsias relacionadas a índices baixos ou muito abaixo da média exigem ainda mais atenção para os entes federais e seus representantes.

Ratifica-se que o aumento de equipes não repercute de forma nenhuma a evolução de política e números absolutos foram usados para justificar a continuidade da política, mas vale ressaltar que a PNSB não teve nos últimos anos intervenções específicas e, principalmente, voltadas à grupos socioeconomicamente vulneráveis que melhorassem os indicadores sociais.

É premente o entendimento e usabilidade do presente estudo por parte da Gestão Federal para maior investimento e indução de estratégias mais eficazes nos locais que foram considerados decrescentes e, principalmente naqueles que apesar da carência observada pelos dados epidemiológicos e dados socioeconômicos não foram passíveis de tendência crescente relacionada à Cobertura de Saúde Bucal e número de Equipes de Saúde Bucal e, de forma descritiva, tiveram discrepâncias relacionadas aos registros de produção avaliados.

Há que se considerar ainda a necessidade de se garantir Sistemas de Informação em Saúde com maior transparência dos dados, melhoria na forma de extração e Notas Metodológicas, histórico dos dados mais acessíveis para que gere maior aprimoramento dos dados e utilização por profissionais de saúde, gestores e, até mesmo pesquisas gerando dados fidedignos e evidências científicas robustas que servem para as Gestões Públicas e Políticas Públicas em Saúde diante da mudança tão necessária do modelo de atenção à saúde bucal.

Inferese dos achados que são relevantes a necessidade de aumento dos investimentos federais para o cofinanciamento das ações e serviços locais, mesmo que para as Equipes de Saúde Bucal tenha havido recente aumento de recursos (2020). Entretanto, não são suficientes para arcar com parte significativa das despesas e manutenção, sendo assim, pode haver o consequente incentivo ao credenciamento das ações a partir da melhoria nos recursos financeiros federais repassados e, ainda, tornando a implantação da equipe de saúde bucal como obrigatória na equipe mínima de Saúde da Família. É preciso maior incentivo para que os Estados tenham maior foco na Atenção Primária à Saúde destinando parcela financeira ou maior montante de recursos para tal.

Ademais, é importante que haja frequência na habilitação das estratégias nos municípios permitindo com que mais pontos de atenção sejam fornecidos. Ratifica-se ainda que é preciso haver prévio estudo da capacidade instalada e da localização a serem instalados os estabelecimentos de saúde, permitindo maior acessibilidade e garantia de que eles estejam mais próximos à população, facilitando a Atenção Primária como porta preferencial do SUS.

Portanto, é necessário modificar a lógica do modelo de atenção e articulação da Rede de Atenção à Saúde Bucal e, ainda, permitir o seu aprimoramento criando estratégias que visem amplo acesso à saúde bucal como a fluoretação de águas de abastecimento públicos, incentivo à utilização de dentifrícios fluoretados (cremes dentais) na concentração adequada, diminuição de consumo de alimentos açucarados e ultraprocessados, ou seja, propostas que visem à promoção da saúde e prevenção das doenças em nível macro e específicos que atendam, considerem, valorizem e (re)conheçam os contextos, principalmente da população com carências sistêmicas prezando pela equidade, justiça e bem comum da sociedade.

Estas questões apontadas denotam que apesar da tendência crescente de parte dos componentes analisados e, ainda, do número de ações e serviços de saúde bucal ocorridos na década avaliada, foram incipientes do ponto de vista de garantir a equidade do cuidado aos locais e pessoas que carecem de mais atenção em saúde.

Por fim, pretende-se que a avaliação proposta neste estudo seja útil para diversos atores sociais implicados na implementação da PNSB, contribuindo para o aprimoramento e qualificação quanto ao seu Planejamento Estratégico e que poderá gerar consequências positivas na Rede de Atenção à Saúde Bucal, permitindo ainda a revisão e/ou validação de determinadas ações e serviços. É recomendável análise de outras unidades geográficas em termos de acompanhamento da implementação da PNSB.

9. CONCLUSÃO

O pressuposto nulo foi aceito, uma vez que esta pesquisa demonstrou que as Capitais Federais não consideraram a DSS na implementação das ações da RASB.

10. REFERÊNCIAS

- 1 LASWELL, H.D. Politics: who gets what, when, how. Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.
- 2 SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, v. 39, n. 16, p. 11-24, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2789/1/RCRH-2006-273%5B1%5D%20ADM.pdf>
- 3 PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública 2006; 40(N Esp):73-8 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/?lang=pt>
- 4 BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html
- 5 BRASIL. Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/levant86_1.pdf
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm
- 7 BRASIL. Portal e-gestor AB. Relatório Público de Financiamento da APS. Dados extraídos em março de 2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
- 8 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle (WA); 2018. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf
- 9 PROBST L.F. et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. CienSaúde Colet. v.24, n.12, p. 4437-48. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4437.pdf>
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 3 Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.: il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

10 SANTOS J.L., FERREIRA R.C., AMORIM L.P., SANTOS A.R.S., CHIARI A.P.G., SENNA M.I.B. Oral health indicators and sociodemographic factors in Brazil from 2008 to 2015. Recebido: 5 de junho de 2020 Correspondência: Rev Saúde Pública. 2021; 55: 25. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002763>

11 Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>

12 CELESTE, R. K.; FRITZELL, J.; NADANOVSKY, P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. Cad. Saúde Pública 27 (6), 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600008>

13 BRASIL. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Dados extraídos em março de 2023. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/aplicativos.jsp>

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2020, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (vigência 2021-2022). Projeto Técnico, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/cgsb/projeto_sb_brasil.pdf

15 BRASIL. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: liv101748.pdf (ibge.gov.br).

16 STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609

18 HOBDELL, M; PETERSEN, P.E., CLARKSON, J.; JOHNSON, N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J [Internet]. 2003 Oct;53(5):285–8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653920361694?via%3Dihub>

19 LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. Community Dent Oral Epidemiol. 2000;28(3):161-9. DOI: /10.1034/j.1600-0528.2000.280301.x

20 VETTORE, M. V.; Marques, R. A. A. M.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. *Revista de Saúde Pública* (Impresso), v. 47, p. 29-39, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fBP7RGTf8KrGFh8DY58xrKM/?lang=pt>

21 CHAVES, S. C. L et. al. (2018). Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 76- 91. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600076&tlng=pt

22 DA COSTA JUNIOR, S. Metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/202144/001106292.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23 ROSSI, T.R.A. Inserção da saúde bucal no programa saúde da família. In: *Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 155-178. ISBN 978-85-232-2022-8. <https://doi.org/10.7476/9788523220228.0008>.

24 NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista Eletrônica Tempus Actas em Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, 2011.

25 ZANETTI, C. H. G. Opinião: A inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS, 2001. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>

26 BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986a. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

27 BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 1986b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf

28 RIBAS, A. N. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. 2016. 119 f., il. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20577/1/2016_AntonioNevesRibas.pdf

29 BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em 08 de julho de 2015. BRASIL.

30 BRASIL. Lei nº 8.142, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jan 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L8842.htm

31 PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador:

EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>

32 CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>

33 BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf

34 PALUDETTO JUNIOR, Moacir. Avaliação de desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 2004-2010. 2013. [104] f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13736/1/2013_MoacirPaludettoJunior.pdf

35 LUCENA, E. H. G.; PUCCA JUNIOR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 5, p. 53-63, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/951>

36 BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 - Cárie dental. Sítio eletrônico. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sborigem.htm>

37 SOUSA, M. F. de. Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde. Tese (doutorado). Universidade de Brasília, Faculdade em Ciências da Saúde, 2007. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3014/1/2007_MariaFatimadeSousa.PDF

38 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

39 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267GM/MS de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2001

40 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

41 NARVAI, P.C. Da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública 2006;40(N Esp):141-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633>. Acesso em 29/07/2020

42 BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/04_0347_M.pdf

43 BRASIL. Ministério da Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf

44 SOBRINHO JE, MARTELLI PJ. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. Univ Odontol. 2019 ene-jun; 38(80). Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.sbba>

45 KORNIS, G. E. M; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Rev Saude Col 2011; 21(1):197-215. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a11.pdf>

46 BRASIL. Ministério do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise. Política Social e Desenvolvimento - O Planejamento Federal na Área Social. Brasília: IPEA; 2008; vol.16. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_16_completo.pdf

47 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf

48 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 939 de 21/12/2006. Institui o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal - CTA-VSB. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-939-2006_197769.html

49 BRASIL. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 8.131, de 07 de fevereiro de 2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pls-8-2017>

50 BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm

51 NARVAI, P.C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2020 14(1):175-87 Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622>

52 RUIZ, D. C.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. NOTA TÉCNICA Saúde bucal no SUS: reflexões sobre as fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal. *Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde*. 2021. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/2.-Nota-tecnica-Saude-bucal-Ruiz-Carcereri-Peres_VERSAO-EBOOK-24112021.pdf

53 PAGLIOSA, F. L. ROS, Marco Aurélio Da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Ensaio. Rev. bras. educ. med.* 32 (4). Dez 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PnMVprYHXJPSp7V7qwts9Zq/?lang=pt>

54 SOBRINHO, J. E.L. Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2014lorena-sobrinho-je.pdf>

55 MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

56 BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1993. Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

57 BRASIL. Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/levant86_1.pdf

58 FONSECA, E.P; FONSECA, S.G.O; MENEGHIM, M.C. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. ABCS Health Sci. 2017;42(2):85-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/KHdQYP56WRGjd5JxksLhvRm/?format=pdf&lang=pt>

59 SILVA, et. al.; 2015. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(3), 121-134, set, 2015.

60 BRASIL. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf

61 CHAVES, S. C. L; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A; et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 jun [acesso em 2018 nov 7]; 22(6):1791-1803. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1791.pdf>

62 NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSLgn/?format=pdf&lang=pt>

63 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html

64 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família,

modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html

65 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

66 BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2983.pdf>

67 PNUD/IPEA/FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. 2020. Brasília: PNUD/IPEA/FJP; 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>

68 MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Quality of life and health: a necessary debate. *Cien Saude Colet.* 2000; 5: 7-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

69 GOEDERT, F.W. Perfil de saúde bucal em beneficiários e não beneficiários do Programa de Transferência de Renda Bolsa Família. 2019. 132 f., il. Dissertação (Mestrado em Odontologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37001/1/2019_FernandaWandembruckGoedert.pdf

70 OLIVEIRA, L.J.C. DE; CORREA, M.B.; NASCIMENTO, G.G., GOETTEMES, M.L.; TARQUINIO, S.B.C; TORRIANI, D.D. et. al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 Dec;47(6):1039–47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601039&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

71 SOUZA, G.C.A et. al. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(12):e00320720. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5vMHmwsf3NtXZfMGyPYDkQ/?lang=pt>

72 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério

da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

73 NARVAI, P.C. O Brasil e as metas OMS-2000. Rev. ABO Nac., [S.l.], v. 7, n. 6, p. 374-377, 2000.

74 BRASIL. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/09/portaria2539.pdf>

75 HARZHEIM, E.; D'AVILA, O. P.; PEDEBOS, L.A.; WOLLMANN, L.; COSTA, L.G.M.; CUNHA, C.R.H.; MOURA, L.N.; MINEI, T.; FALLER, L.A. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. Ciênc. saúde coletiva 27 (02) • Fev 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GqTLnsMvbLLJkLPs7sbp9sv/>

76 BRASIL. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. **Institui o Programa "Saúde na Hora"**, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html

77 BRASIL. Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_19_03_2020_rep.html

78 BRASIL. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3510_19_12_2019.html

79 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf

80 GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, suppl. p. s81-s89, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/09.pdf>

81 CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. Physis 30 (03) • 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300323>

82 RUIZ, D. C.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. NOTA TÉCNICA Saúde bucal no SUS: reflexões sobre as fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. 2021. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/2.-Nota-tecnica-Saude-bucal-Ruiz-Carcereri-Peres_VERSAO-EBOOK-24112021.pdf

83 BRASIL. Lista final de certificação do 3º ciclo do PMAQ é publicada. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde - SAPS [eletrônico]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5434>

84 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

85 BRASIL. Portaria GM nº 673, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais. Ministério da Saúde: Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0674_03_06_2003.html

86 BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf

87 BRASIL. Portaria GM nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html

88 STATA. Data analysis and statistical software, version 16. 2020

89 MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G. SOUZA, E.R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais., organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 pp. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Minayo/publication/33024173_Avaliacao_por_Triangulacao_de_Metodos_Abordagem_de_Programas_Sociais/links/571d440308ae6eb94d0e50a0/Avaliacao-por-Triangulacao-de-Metodos-Abordagem-de-Programas-Sociais.pdf

90 BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº 510, de 07 de abril de 2016s. Brasília (DF): MS; 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

91 SANTOS, L.P.S., Lima, A.M.F.S., Chaves, S.C.L., Vilela, D.M.O.C., Valente, A.P.P.C., Rossi, T.R.A.. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2022/Nov). [Citado em 29/04/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politica-de-saude-bucal-no-brasil-transformacoes-e-rupturas-entre-20182021/18586?id=18586&id=18586>

92 SILVA, S.F.; MARTELLI, P.J.L.; SÁ, D.A.; CABRAL, A.P.; PIMENTEL, F.C.; MONTEIRO, I.S.; MACEDO, C.L.S.V. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. Ciênc. saúde coletiva 16. Jan 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8ynWJ8KRGr5vKzp8s8h7F3j/>

93 LUCENA, E. H. G. DE; LUCENA, C. D. R. X. DE; ALEMÁN, J. A. DE S.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; PEREIRA, A. C.; CAVALCANTI, Y. W. (2020). Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Plural*, 54, 99. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075>

94 SOARES FILHO, A.M.; VASCONCELOS, C.H.; DIAS, A.C.; SOUZA, A.C.C.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVA, M.R.F. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. Ciênc. saúde coletiva 27 (01). Jan 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QkRq5Kt3MHW96dC6p4qmthh/abstract/?lang=pt>

95 BARBOSA, S.N.; MARTORELL, L.B.; Paula, L.M.; GARRAFA, V. A construção do direito à saúde bucal no Brasil em perspectiva bioética. *Rev Bras Bioética* 2018;14(e12):1-15. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42658/ve_Swedenberger_Barbosa_etal.pdf;jsessionid=19A75D8A9A725383B3958313C21CFB24?sequence=2

96 VIEIRA, D.M.S., SANTOS, G.C.; ITRIA, A. MATTOS, F.F.; SILVA, C.J.P. PINTO, R.S. Avaliação de custos para implantação de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado de Minas Gerais. *Research, Society and Development*. JAN 02 2022; DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24322>

97 GABRIEL, M. et. al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2020, vol.25, n.3 [Acesso em 05 de outubro de 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.14532018>.

98 GUERRA, K.C.M. Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de Uma Política de Indução Financeira [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

99 LIMA JÚNIOR, I. A. Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19350/2/ve_Ivo_Aurelio_ENSP_2016.pdf

100 GALVÃO, M.H.R.; RONCALLI, A.G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*; 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184119>.

101 SOUZA, G.C.A. Análise do efeito das estratégias de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI [Tese de Doutorado]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.

102 SOUZA, G.C.A., RONCALLI, A.G. Perda do primeiro molar permanente e necessidade de tratamento endodôntico aos 12 anos no Brasil. *Tempus* (Brasília) 2019; 13:9-23. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2628>

103 BARBOSA, S.N. Reflexões sobre democracia, SUS e saúde bucal como direito. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 13(3), 169-181, set, 2019. Epub Jul/2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i3.2638>

104 BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas, 2018. Projeto Técnico. Versão Consulta Pública. Brasília – DF, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2017/arquivos/ProjetoTecnicoInqueritoNacionaldaSaudeBucalIndigenaconsultapublica28082017.pdf>

105 PERES, M.A; MACPHERSON, L.M.D.; WEYANT, R.J.; DALY, B; VENTURELLI, R.; MATHUR, M.R.; LISTL, S.; CELESTE, R.K.; GUARNIZO-HERREÑO, C.C.; KEARNS, C.; BENZIAN, H; ALLISON, P.; WATT, R.G. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet* 2019; 394(10194):249-260. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327369/>

106 BRASIL. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html

11. ANEXOS

ANEXO 1. Carta nº 9/2022-CGSB/DESF/SAPS/MS



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Saúde Bucal

Carta nº 9/2022-CGSB/DESF/SAPS/MS

Brasília, 01 de novembro de 2022.

Ao Senhor
Wellington Mendes de Carvalho
Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios Bloco G, Edifício Anexo, 4º Andar.
CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Assunto: **Carta de Anuência para obtenção de dados internos da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS).**

Senhor Coordenador,

1. Em atenção ao desenvolvimento de dissertação de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde, ministrado pela Escola de Governo Fiocruz – EGF/GEREB/Fiocruz Brasília, autorizado pelo Portaria MEC 31, publicada no DOU de 28/01/2016, Seção1, pág. 19, a presente aluna Flávia Santos Oliveira de Paula, matrícula MP.2020.145, CPF 023.719.851-71 requereu autorização para obtenção e utilização dos dados internos da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS) para a realização da pesquisa que tem como temática "**Avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal nas Capitais Federais Brasileiras (2010 a 2020)**" sob orientação do Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa e Coorientação da Dra. Nicole Aimeé Rodrigues José.
2. Ressalta-se que é pretendido que a avaliação proposta no estudo seja útil para diversos atores sociais implicados na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), contribuindo para o aprimoramento e qualificação quanto ao seu Planejamento Estratégico e que poderá gerar consequências positivas na Rede de Atenção à Saúde Bucal, permitindo ainda a revisão e/ou validação de determinadas ações e serviços.
3. Na expectativa da anuência para obtenção dos dados, apresento atenciosas saudações.
4. Me coloco à disposição para esclarecimentos necessários pelo número (61) 3315-9145.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por Flávia Santos de Oliveira, Consultor Técnico, em 01/11/2022, às 19:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#), e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0030096423 e o código CRC 0933D140.