

Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”

Access and oral health population coverage after implementation of the National Oral Health Policy “Smiling Brazil”

Acceso y cobertura de la salud oral después de la implementación de la Política Nacional de Salud Oral “Brasil Sonriente”

Gilberto Alfredo Pucca Junior¹
Mariana Gabriel²
Fernanda Campos de Almeida Carrer³
Moacir Paludetto Junior⁴
Edson Hilan Gomes de Lucena,⁵
Nilce Santos de Melo ⁶

RESUMO: O objetivo foi analisar a Política Nacional de Saúde Bucal, na perspectiva do acesso e cobertura das ações desenvolvidas na odontologia do Sistema Único de Saúde, entre 2002 e 2016. A partir do quadro conceitual da Organização Mundial da Saúde, que se divide em blocos para garantir acesso, cobertura e qualidade dos sistemas de saúde, foi realizado um estudo de caso do Brasil Sorridente referentes à implantação e financiamento das equipes. O bloco “força de trabalho” revelou um crescimento superior a 470% no número de equipes de saúde bucal no Brasil; no bloco “financiamento” fica evidente o grande aporte financeiro destinado à política, com ênfase ao papel indutor deste processo nos municípios; o bloco “tecnologia” evidenciou o incremento tecnológico para viabilizar os serviços de saúde bucal em todo o Brasil; já no bloco “disponibilidade dos serviços de saúde” observa-se uma ampliação de 4% na atenção básica e os serviços especializados essas porcentagens ultrapassam os 200% entre 2001 e 2015, finalmente,

1 Professor Adjunto do Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília – UNB

2 Pós doutoranda em odontologia social na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

3 Professora doutora, do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOUSP, São Paulo - Brasil.

4 Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Arapongas

5 Professor Adjunto do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

6 Professora Associada III da Universidade de Brasília (UNB).

no bloco “acesso e cobertura” foi possível verificar o aumento de cobertura populacional de 9% para 43% no Brasil. Os dados apontam que a política permitiu um avanço referente aos blocos estruturantes do framework e melhorou o acesso e a cobertura em saúde bucal.

Palavras Chave: Saúde Bucal; Políticas de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT: The objective was to analyze the National Oral Health Policy, from the perspective of access and coverage of dentistry actions in the Unified Health System, between 2002 and 2016. Based on the World Health Organization conceptual framework, which is divided into blocks to guarantee access, coverage and quality of health systems, a case study was carried out in the Smiling Brazil considering the implementation and financing. As a result, the “workforce” block revealed a growth rate superior than 470% in the number of oral health teams in Brazil. In the “financing” block, the great financial support to the policy is evident, with emphasis on the role of this process in the municipalities. The “technology” block evidenced the technological increase to make oral health services viable in Brazil. Furthermore, in the block “availability of health services” was observed an increase of 4% in primary care. On the other hand, between 2001 and 2015, in the specialized services this percentage exceed 200%. Finally, in the block “access and coverage” was possible to verify the increase of population coverage from 9% to 43% in Brazil. The data indicate that the policy allowed an advance regarding the framework structuring blocks, as well as improved the access and coverage in oral health.

Keywords: Oral Health; Health Policy; Public Health

RESUMEN: El objetivo fue analizar la Política Nacional de Salud Oral, desde la perspectiva de acceso y cobertura de las acciones desarrolladas en la odontología del Sistema Único de Salud, entre 2002 y 2016. Desde el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud, que se divide en bloques para garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de los sistemas de salud, se realizó un estudio de caso de Smiling Brazil sobre la implementación y el financiamiento de los equipos. El bloque de “fuerza laboral” reveló un crecimiento de más del 470% en el número de equipos de salud bucal en Brasil; En el bloque de “financiamiento”, la gran contribución financiera a la política es evidente, con énfasis en el papel inductivo de este proceso en los municipios; el bloque “tecnología” evidenció el aumento tecnológico para habilitar los servicios de salud bucal en todo Brasil; En el bloque “disponibilidad de servicios de salud” hay un aumento del 4% en atención primaria y servicios especializados, estos porcentajes superan el 200% entre 2001 y 2015, finalmente, en el bloque “acceso y cobertura” fue posible verificar el aumento Cobertura poblacional del 9% al 43% en Brasil. Los datos indican que la política permitió un avance con respecto a los componentes básicos del marco y un mejor acceso y cobertura en salud bucal.

Palabras clave: Salud Bucal; Política de Salud, Salud Pública

INTRODUÇÃO

Sistemas universais de saúde integrados vem se consolidando em diversos países ao redor do mundo. Durante as últimas décadas houve uma melhor compreensão da operacionalização necessária para avançar no tema, e um exemplo desse processo, pode ser verificado a partir dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). No terceiro, dos dezessete objetivos propostos, a meta é “*assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades*”, até 2030, mais especificamente, aponta a necessidade dos países atingirem uma cobertura universal em saúde para sua população¹.

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que, em 1988, ousou incluir o direito à saúde para todos em suas leis, entretanto, sabemos que garantir acesso universal e integralidade nas ações e serviços oferecidos por seu sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é um desafio a ser superado².

Com o SUS, avanços relacionados às políticas de descentralização e de democratização para a garantia do direito aos serviços de saúde podem ser observados, além de conquistas tais como a universalização na cobertura vacinal, o cuidado a saúde mental e no acesso ao atendimento pré-natal. Além disso, outra importante conquista foi a criação do Brasil Sorridente – Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, que permitiu novas perspectivas para o cuidado em saúde bucal no Brasil, ao propor a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos e às famílias^{3,4}.

De acordo com as Diretrizes da PNSB, o Brasil Sorridente pauta-se 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, além de garantir atenção a qualquer cidadão em situação de urgência⁵. Após mais de 14 anos de implantação e expansão do Brasil Sorridente, parece fundamental que se avalie indicadores capazes de monitorar a efetividade das ações desenvolvidas.

Neste contexto, o objetivo dessa pesquisa é analisar a Política Nacional de Saúde Bucal, na perspectiva do acesso e cobertura das ações desenvolvidas nos serviços de odontologia do SUS, entre os anos de 2002 a 2016, no Brasil.

METODOLOGIA

Estudo de característica avaliativa do tipo estudo de caso, desenvolvido a partir do recorte programático da PNSB lançada no ano de 2004. Utilizaram-se dados secundários extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, Sala de Apoio a Gestão Estratégica do MS – SAGE/MS e Fundo Nacional de Saúde – FNS⁶.

Os dados analisados referem-se à implantação e financiamento das ESB, bem como os

procedimentos de saúde bucal realizados no SUS na atenção básica e na média complexidade. O período de análise de implantação de ESB compreendeu os anos de 2002 a 2016. A análise dos procedimentos de saúde bucal realizados no SUS foi o período entre os anos de 2000 a 2015 e considerou procedimentos clínicos, preventivos e reabilitadores em saúde bucal realizados no SUS, conforme descritos no quadro 1.

Quadro 1. Códigos e procedimentos de saúde bucal elencados para análise, conforme os respectivos períodos de vigência e o nível de atenção do sistema.

ATENÇÃO BÁSICA
PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS
PERÍODO: 2000 à 2007
0301101-PROCEDIMENTOS COLETIVOS (PACIENTE/MES), 0301102-ACAO COLETIVA ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA 0301103-ACAO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO, 0301104-ACAO COLETIVA APLICACAO TOPICA DE FLUOR-GEL 0301105-ACAO COLET.EXM.BUCAL FINALID.EPIDEMIOLOGICA 0302201-APLIC.TERAPÊUT.INTENSIVA C/FLUOR-P/SESSÃO, 0302202-APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO POR DENTE, 0302203-APLICAÇÃO DE SELANTE POR DENTE, 0302204-CONTROLE DA PLACA BACTERIANA
PERÍODO: 2008 à 2016
0101020015 AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL, 0101020023 AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO, 0101020031 AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA, 0101020040 AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA, 0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE), 0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE), 0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO), 0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA, 0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA
PROCEDIMENTOS RESTAURADORES
PERÍODO: 2000 à 2007
0303103-RESTAURAÇÃO A PINO 0303104-RESTAURAÇÃO C/AMALGAMA DUAS/MAIS FACES, 0303105-RESTAURAÇÃO COM AMALGAMA UMA FACE, 0303106-RESTAURAÇÃO C/COMPÓSITO DUAS/MAIS FACES, 0303107-RESTAURAÇÃO COM COMPÓSITO UMA FACE, 0303108-RESTAURAC.C/COMPÓSITO ENVOLV.ÂNGULO INCISA, 0303109-RESTAURAÇÃO COM SILICATO DUAS/MAIS FACES, 0303110-RESTAURAÇÃO COM SILICATO UMA FACE, 0303111-RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL 2/MAIS FACES, 0303112-RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL UMA FACE, 0303114-RESTAURACAO C/IONOMERO DE VIDRO DE UMA FAC, 0303115-RESTAURACAO C/IONOMERO VIDRO 2/MAIS FACES
PERÍODO: 2008 à 2016
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO, 0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR, 0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR

PROCEDIMENTOS DE EXODONTIA	
PERÍODO: 2000 à 2007	
0304101-EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO, 0304102-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE, 0304103-REMOÇÃO DE RESTO RADICULAR	
PERÍODO: 2008 à 2016	
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO, 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA	
PERÍODO: 2000 à 2007	
0302206-REMOCAO INDUT.PLAC.CALC.SUPRAGENG.P/HEMIAR, 0302207-CURETAG.SUBGENGIVAL/POLIM.DENT.P/HEMIARCAD, 1002106-RASPAGEM CORONO-RADICULAR POR HEMI-ARCADA	
PERÍODO: 2008 à 2016	
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE), 0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE), 0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE), 0307030059 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	(POR (POR
PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA	
PERÍODO: 2000 à 2007	
1004102-RETRATAM.ENDODÔNT.DENTE PERM. UNI-RADICULA, 1004103-TRATAM.ENDODÔNT.DENTE DECÍDUO UNI-RADICULA, 1004104-RETRAT.ENDODÔNT.DENTE DECIDUO UNI-RADICULA, 1004105-TRATAM.ENDODÔNT.DENTE PERMAN. UNI-RADICULA, 1004201-RETRATAM.ENDODÔNT.DENTE PERMAN.BI-RADICULA, 1004202-TRATAM.ENDODÔNT.DENTE PERMENT.BI-RADICULAR, 1004301-RETRATAM.ENDODÔNT.DENTE PERM.TRI-RADICULAR, 1004303-TRATAMENTO ENDODÔNT.DENTE PERM.TRI-RADICUL, 1004401-TRATAM.ENDODÔNT.DENTE DECÍDUO MULTI-RADICU, 1004402-RETRAT.ENDODÔNT.DENTE DECÍCUO MULTI-RADICU	
PERÍODO: 2008 à 2016	
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO, 0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR, 0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES, 0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR, 0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR, 0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES, 0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	

PRÓTESES OFERTADAS
PERÍODO: 2000 à 2007
1008204-COROAS PROTÉTICAS, 1008213-PROTESE TOTAL MANDIBULAR, 1008214-PROTESE TOTAL MAXILAR, 1008303-PROTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS - MANDIBULAR, 1008304-PROTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS - MAXILAR, 1008402-COROAS COM ENCAIXES, 1008403-COROAS DENTÁRIAS ISOLADAS, 1008404-INCRUSTAÇÃO METÁLICA FUNDIDA, 1008405-NÚCL.METÁL.P/RECONST.PARCIAL COROA DENTÁRI, 1008406-PRÓTESE-PARCIAIS FIXAS-POR ELEMENTO, 1008407-PRÓTESE ADESIVA METALOCERÂMICA P/ ELEMENTO, 1008408-PRÓTESE ADESIVA METALOPLÁSTICA P/ ELEMENTO
PERÍODO: 2008 à 2016
0701070099 PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL, 0701070102 PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL, 0701070129 PROTESE TOTAL MANDIBULAR, 0701070137 PROTESE TOTAL MAXILAR, 0701070145 PROTESES CORONARIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)

* Com a aprovação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS em novembro de 2007, e implantação em janeiro de 2008, novos códigos de procedimentos passaram a ser utilizados a partir desse período.

A partir do quadro 1, os procedimentos preventivos, restauradores e exodontias foram interpretados como procedimentos da atenção básica, enquanto os procedimentos de periodontia, endodontia e prótese como procedimentos da atenção especializada.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se como base teórica o Framework da OMS⁷ que reúne um conjunto de elementos necessários para garantir acesso, cobertura e qualidade dos sistemas de saúde, entre eles: liderança e a governança, sistema de financiamento para a saúde, produtos médicos essenciais e tecnologias, sistema de informação em saúde, recursos humanos em saúde e serviços de saúde. Esses blocos são fundamentais para atingir as metas de um sistema de saúde, como por exemplo: melhorias da condição de saúde (em diferentes níveis e com equidade), capacidade de resposta, proteção de risco financeiro e maior eficiência. No entanto, para a realização desse estudo, o framework da OMS foi adaptado para o contexto da PNSB brasileira, destacando os principais blocos de acordo com a disponibilidade dos dados para a análise.

Embora a literatura aponte diferentes conceitos para acesso, nesse estudo, o termo será entendido como a oportunidade de obter serviços de saúde adequados nas diferentes situações de acordo com

as necessidades de cuidados⁸.

Para a realização da análise dos procedimentos de saúde bucal realizados no SUS considerou-se os códigos descritos no quadro 1. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e após a coleta utilizou-se a técnica da “média móvel”, que possui como característica amenizar eventuais flutuações anuais dos dados informados por meio do cálculo da média aritmética simples, onde a cada período, a observação mais antiga é substituída pela mais recente, obtendo-se uma nova média ^{25,26}. Com a finalidade de atenuar as variações aleatórias, e obter uma série histórica, foram calculadas as médias móveis a cada três anos partir da obtenção da quantidade total dos procedimentos informados no SIA/SUS entre os anos 2000 e 2016.

RESULTADOS

A partir dos achados desse estudo, buscou-se relação dos indicadores da PNSB com o framework da OMS referente os sistemas de saúde. Nessa sessão, os dados referentes aos blocos estruturantes do framework, adaptados para saúde bucal, ou seja, **número de equipes de saúde bucal, financiamento, procedimentos da atenção básica (preventivos, restauradores e de exodontia) e procedimentos da atenção especializada (periodontia, endodontia e próteses ofertadas)**, serão analisados e relacionados com o **acesso e cobertura da saúde bucal no SUS**.

Os resultados da SAGE revelam que nos últimos 14 anos após implantação do Brasil Sorridente, **o bloco “health workforce”, aqui expressado pelo número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família** passou de 4.261 (dezembro de 2002) para 24.384 (dezembro de 2016), um crescimento superior a 470%. O maior crescimento de Equipes de Saúde Bucal foi registrado na Região Sudeste (824%), seguido pelas Regiões Norte (652%), Nordeste (412%), Sul (391%) e Centro Oeste (266%).

Em relação **ao bloco de “financiamento”**, observa-se, por meio de dados do FNS (Fundo Nacional de Saúde) que houve um aumento nos repasses federais aos municípios no período de 2002 a 2016, ampliando 200% para modalidade I (uma equipe composta por um dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal), e 360% para a modalidade II, (um dentista, um auxiliar ou técnico em saúde bucal e um técnico de saúde bucal). Já os recursos de custeio mensal, no mesmo período, foram reajustados em 106% e 124%, para cada modalidade respectivamente (Quadro 1). Importante destacar também, que além da parcela mensal o município recebe uma parcela única no valor de US\$ 2,121.21, mais o valor de referência da doação de uma cadeira odontológica completa, nas equipes da modalidade I e parcela única no valor de US\$ 2,121.21, mais o valor de referência da doação de duas cadeiras odontológicas completas, nas equipes da modalidade II.

Quadro 2. Incentivos financeiros federais para implantação e para custeio mensal (valor anual) das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, por modalidade, Brasil, 2002 e 2016.

Incentivo financeiro mensal federal para implantação das eSB nos municípios

	2002	2016
Modalidade I	US\$ 1,515.00	US\$ 4,545.45
Modalidade II	US\$ 1,515.00	US\$ 6,969.70

Incentivos financeiros federais anuais para custeio mensal das eSB nos municípios

	2002	2016
Modalidade I	US\$ 3,939.40	US\$ 8,109.10
Modalidade II	US\$ 4,848.50	US\$ 10,836.35

No **bloco de “tecnologias”**, houve um importante incremento relacionado à Infraestrutura. Nesse período foram doados diretamente para os municípios mais de 72 milhões de kits de saúde bucal, contendo escova e creme dental fluoretado, para auxiliar nas ações de prevenção. Foram repassados também mais de 8.000 (oito mil) consultórios odontológicos (uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho), mais de 10.000 (dez mil) equipamentos periféricos (canetas de alta e baixa rotação; aparelhos de Rx Odontológico; autoclaves; compressores odontológicos; amalgamadores; fotopolimerizadores; entre outros) com o objetivo de qualificar a atenção básica e especializada em saúde bucal além de contribuir para a qualificação da indústria nacional e gerar diversos empregos diretos e indiretos.

Destaca-se também a aquisição e entrega de 185 Unidades Odontológicas Móveis (UOM) responsáveis por garantir o atendimento às populações com dificuldade de acesso aos serviços, como populações rurais, quilombolas e vivendo em assentamentos, por morarem e trabalharem muito longe das unidades de saúde.

As UOM são carros equipados com um consultório odontológico completo amalgamador, fotopolimerizador; raio-X odontológico e autoclave para esterilização do material. Além disso, possuem ar-condicionado, pia para lavagem de mãos, reservatórios de água, armários para armazenagem de material e, acoplado ao veículo, existe uma carroceria que carrega um gerador, responsável por fornecer energia ao consultório, permitindo assim, atendimento em áreas que não possuem energia elétrica.

Quando avaliado o **bloco “disponibilidade dos serviços de saúde”** incluiu-se dados do SIA-SUS, no que diz respeito ao número de procedimentos executados na atenção básica à saúde (ABS) e na atenção secundária, observa-se que a produção de procedimentos da ABS, no Brasil, entre

2001 e 2007, apresentou ampliação de 4%, e entre 2001 e 2011 uma ampliação de cerca de 18% e que o ritmo de crescimento desacelera a partir de 2013 e especialmente em 2015, quando houve um decréscimo de 4% comparado à 2001. No mesmo sentido, quando comparamos a produção de procedimentos da atenção especializada nos centros de especialidades odontológicas, no Brasil, entre 2001 e 2007, observa-se uma ampliação de cerca de 85%, e entre 2001 e 2011 uma ampliação de aproximadamente 192%, já no período de 2001 a 2015 o crescimento foi de 210%. (Figura 1 (1.1) e quadro 2). Do mesmo modo, as médias móveis confirmam esses achados (Tabela 2).

Tabela 1. Percentual na variação de procedimentos da atenção básica e atenção especializada.

	Procedimentos da Atenção Básica	Procedimentos da Atenção Especializada	Percentual de variação da oferta de próteses dentárias	Evolução percentual da proporção de procedimentos de exodontia em relação aos procedimentos clínicos (restauradores, endodontia e periodontia), 2001 a 2015
2001-2003	7,0	20,0	32	-10
2001-2005	4,0	38,0	164	-19
2001-2007	4,0	85,0	465	-33
2001-2009	19,0	150,0	618	-36
2001-2011	18,0	192,0	1248	-33
2001-2013	9,0	207,0	2165	-43
2001-2015	-4,0	210,0	2828	-47

Tabela 2: Média móvel referente aos procedimentos da atenção básica e atenção especializada.

	Atenção Básica	Atenção Especializada	Próteses
2001	163.836.334	12.459.916	21.990
2002	170.795.661	13.857.718	25.293
2003	175.477.562	14.961.981	29.060
2004	176.004.174	15.944.425	35.727
2005	169.954.083	17.192.499	57.986
2006	166.332.206	18.844.030	90.799
2007	170.793.270	23.082.896	124.216
2008	184.617.462	26.932.928	140.306
2009	195.246.065	31.207.975	157.794
2010	198.744.728	34.686.680	209.412
2011	193.841.598	36.391.045	296.528
2012	186.010.512	37.841.021	393.360
2013	177.884.369	38.230.094	498.104
2014	171.046.587	40.418.721	575.612
2015	156.675.502	38.564.627	643.790

* Quantidade anual total de ações/procedimentos realizados na Atenção Básica, Atenção Especializada e Próteses Dentárias obtido a partir da aplicação da média móvel.

Ainda no bloco referente à “**disponibilidade dos serviços de saúde**” observa-se a ampliação da oferta da reabilitação protética no SUS entre o período de 2001 a 2007 com um crescimento de 4,6 vezes desses procedimentos, e entre 2001 e 2011 o crescimento foi de 12 vezes e até 2015 o crescimento tinha sido da ordem de 28 vezes (Figura 1 (1.2)).

Quanto à proporção de procedimentos de exodontia em relação aos procedimentos clínicos, demonstrou uma tendência de queda ao ser reduzida em 19% em 2005 e – 47% em 2015 (Figura 1(1.3)).

Por fim, observa-se que o desfecho dos sistemas de saúde, ou seja, “**acesso e cobertura**”, destacado no centro do framework, foi modificado ao longo dos anos. A cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, no Brasil, ampliou mais de 378%, saindo de 9% de cobertura em 2002 para 43% em 2016. A Região Sudeste embora apresente a menor cobertura populacional de ESB, foi a Região que mais ampliou a sua cobertura (833%) entre 2002 e 2016, saindo de 3% para 28%. O Nordeste é a Região que apresenta maior cobertura populacional (70%) (Figura1(1.4)).

Figura 1: Representação gráfica dos resultados do estudo.

Figura 1.1: Evolução percentual dos procedimentos de atenção básica e atenção especializada no SUS, 2001 a 2015.

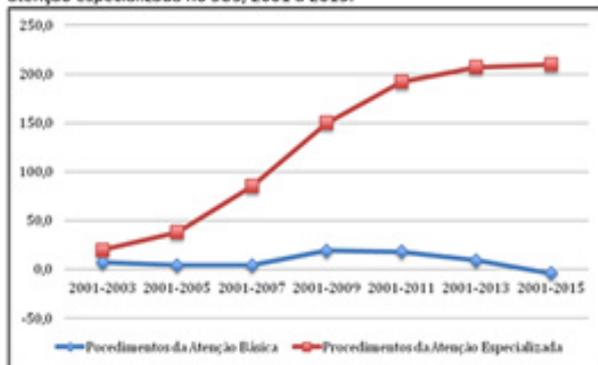


Figura 1.2: Evolução percentual da reabilitação protética no SUS, 2001 a 2015.

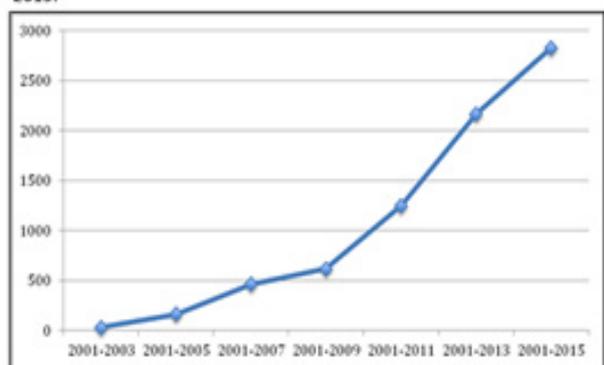
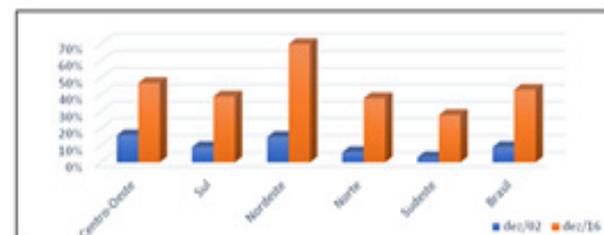


Figura 1.3: Percentual da proporção de procedimentos de exodontia em relação aos procedimentos clínicos, 2001 a 2015.



Figura 1.4: Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, por Região Geográfica, Dez/02 a Dez/16.



DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo destacam os aspectos da PNSB na perspectiva do framework sobre

sistemas de saúde da OMS. Essa análise possibilitou identificar os diferentes blocos do sistema e relacionar com os aspectos de formulação e implementação da política de saúde bucal inserida no sistema de saúde brasileiro (SUS). A literatura aponta que uma nova perspectiva para a saúde bucal surge no início dos anos 2000, com a inserção do cirurgião-dentista, do auxiliar em saúde bucal e do técnico em saúde bucal no então chamado de Programa de Saúde da Família na atenção primária a saúde, e ao longo dos últimos anos as inúmeras estratégias implementadas fizeram com que o país estruturasse uma rede de saúde bucal articulada ao sistema⁴.

Em relação à **força de trabalho**, a PNSB foi responsável por diversos desdobramentos, entre eles destaca-se, o aumento de dentistas e profissionais técnicos no sistema público, com decorrentes mudanças no currículo dos cursos de odontologia, que objetivaram adequar a formação para serviço público, e também no mercado de trabalho odontológico⁹, pois até então a odontologia brasileira caracterizada para o mercado privado. Essas mudanças impactaram o modo que o país passou a ver a odontologia, ou seja, uma área mais integrada e fundamental na saúde¹⁰. Os dados revelaram que a despeito do aumento de cobertura dos serviços odontológicos no SUS, ainda há uma parcela significativa da população sem acesso aos serviços de saúde bucal, regiões como a Sudeste não chegam a uma cobertura de 30%. Neste sentido, a PNSB precisa ser planejada para que a expansão de recursos humanos seja regulada e leve em conta aspectos tais como cobertura, vulnerabilidade social e aspectos epidemiológicos^{9,11}. Outra característica importante para a discussão da força de trabalho em saúde bucal se refere as dificuldades e barreiras em se transformar o processo de trabalho do ambiente privado para o setor público e está terá que ser uma agenda compartilhada entre o setor saúde e educação nos próximos anos, afim de que os processos de mudanças curriculares sejam sustentados e aprofundados com vistas a gerar impacto, de fato, no recurso humano^{12,13}.

Observa-se também, que esses movimentos exigiram um **financiamento** por parte do Estado, fazendo com que a Equipe de Saúde Bucal passasse a ter um incentivo financeiro próprio, repassado pelo Ministério da Saúde, aos municípios, voltado por meio deste Programa¹⁴. Os dados deste artigo revelam que a partir de 2002, quando a PNSB é oficializada, além de normas e diretrizes, o governo federal investiu, de fato, recursos financeiros robustos que viabilizaram a própria política, estudos afirmam que estes investimentos foram da ordem de US\$2.6 billion⁴.

Como desdobramento do financiamento citado no bloco anterior, houve substancial investimento na capacidade instalada dos serviços de saúde bucal no Brasil, que se refere ao bloco **“tecnologias”** tendo em vista que não podemos negligenciar o fato de que a odontologia exige uma estrutura de equipamentos e instrumentais, que mesmo na atenção básica, são essenciais. Houve, por parte do governo federal, grande indução aos municípios para que esses organizassem seus serviços de saúde bucal. Em um país como Brasil, no qual temos mais de 5500 municípios, a maioria deles de porte pequeno e médio, políticas como a PNSB só se viabilizam com incentivo financeiro e indução de planejamento e processos. Esta pesquisa revelou que além de aquisição das tecnologias básicas de um consultório odontológico, foram incluídas na agenda da PNSB as populações mais vulneráveis com a criação das Unidades Móveis de atendimento, já que no Brasil ainda há muitos

vazios sanitários e vazios demográficos que não permitem a instalação de serviços tradicionais. Neste componente do Framework foi incluído o investimento em Kits de higiene bucal, já que estudos anteriores revelavam que uma parcela da população não tinha acesso, especialmente ao creme dental fluoretado, evidenciando que além das questões curativas, houve uma preocupação com ações na área da prevenção e da promoção de saúde na da saúde bucal no SUS¹⁵.

A disponibilidade dos serviços e a acessibilidade, embora não seja a única variável, colabora para a utilização adequada do serviço¹⁶. Entre os fatores do serviço associados à maior utilização estão a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da denteção de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados¹⁷.

A ampliação das equipes de saúde bucal na atenção básica e a implantação de CEOs e LRPD, na atenção secundária, constituem estratégias relevantes com vista à integralidade da atenção no âmbito da PNSB¹⁸ para ampliar o **acesso e aumentar a cobertura** em saúde bucal.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, houve uma redução de 13 pontos percentuais do número de crianças, na idade de 12 anos, atingida pela doença cárie, partindo de 69% em 2003 para 56% em 2010. Esse declínio corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da cárie. O índice CPO aos 12 anos foi de 2,1, representando uma redução de 26% em 7 anos. Isso significa que cerca de 1,6 milhão de dentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos entre 2003 e 2010. Segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie (CPO entre 2,7 e 4,4) em 2003, para uma condição de baixa prevalência (CPO entre 1,2 e 2,6) em 2010. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52% e 70% em adultos. Entre os adultos o destaque ocorreu inversão de tendência, pois as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores¹⁹.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde bucal, segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1998, 18,7% da população nunca havia ido ao dentista. Em 2003 o número passou para 15,9%. Já em 2008, caiu para 11,7%. Em números absolutos isso significa um aumento no acesso de mais de 22 milhões de pessoas. Entre 1998 e 2003, o acesso ao atendimento odontológico cresceu 4% (5 milhões de pessoas). Entre 2003 e 2008, isto é, após a implantação do Brasil Sorridente o acesso ampliou 3 vezes mais, subindo 12% (17,5 milhões de pessoas)²⁰.

Embora possamos comemorar algumas vitórias importantes, a cobertura e o acesso aos serviços de saúde bucal ainda não atingiram a universalidade, o que significa que uma parcela considerável da população brasileira precisa recorrer aos serviços privados ou permanecer doentes e mutilados. Os avanços aqui identificados devem servir de estímulo para que a PNSB avance na direção dos

que mais precisam, e isso vai demandar grande investimento financeiro e compromisso de seus gestores com uma saúde bucal de qualidade, universal e gratuita para todos os brasileiros².

Como desdobramento dos resultados citados em cada componente do framework, observa-se repercussões na integralidade do cuidado ofertado à população, entendida como integração entre níveis de atenção ou entre ações promocionais, curativas e reabilitadoras. Para tanto é preciso que se obtenha cobertura da atenção básica e da atenção especializada, adequadas e que permitam a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. No período estudado uma rede de saúde bucal foi consolidada e podemos afirmar que o SUS possui uma RAS (rede de atenção à saúde) em saúde bucal. Este foi um dos maiores avanços da saúde bucal no SUS, que certamente precisa ser valorizado, cuidado e ampliado para que os benefícios da PNSB possam ser acessíveis para toda a população.

Este estudo apresenta limites inerentes ao método de estudo de caso e de utilização de banco de dados secundários e suas inferências devem ser interpretadas levando esses pontos em consideração.

Os dados aqui apontados nos remetem a uma reflexão de como avançar para o futuro olhando para o passado. Os dados analisados revelam a importância dos sistemas de informação e dos sistemas de vigilância, que permitem analisar e monitorar políticas e programas de forma transparente e padronizada. O futuro dessas conquistas depende da continuidade das ações já consolidadas e ampliação na forma de gestão e planejamento, destacando-se a necessidade de que as decisões tomadas sejam informadas pelas melhores evidências disponíveis e levem em conta os princípios constitucionais do SUS, a Universalidade, a Integralidade e Equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta análise permitiu observar que as ações desenvolvidas entre os anos de 2002 a 2016, na PNSB, resultaram em aumento de acesso e cobertura das ações desenvolvidas nos serviços de odontologia do SUS, como resultado do investimento nos diferentes blocos estruturantes do framework proposto pela OMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nações Unidas no Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ONU Brasil. [acesso 22 jan 2019] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>. Acessado janeiro 22, 2019.
2. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 20 set. 1990.
3. Pucca GA, Costa JFR, Chagas LDD, Sivestre RM. Oral health policies. *Pediatr Dent*.

2009;23 Suppl 1(7 Suppl):16–61.

4. Pucca GA, Gabriel M, De Araujo MED, De Almeida FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015;94(10):1333–1337.

5. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004. [acesso 20 jan 2019] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

6. Brasil. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. 2018. [acesso 20 jan 2019] Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>

7. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010. [acesso 15 jan 2019] Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003;15(4):357–358.

9. Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, et al. Mecanismos de ingresso de cirurgiões dentistas no SUS: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Cien Saude Colet*. 2018. [acesso 18 jan 2019] Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mecanismos-de-ingresso-de-cirurgioes-dentistas-no-sus-uma-agenda-prioritaria-para-o-fortalecimento-do-brasil-sorridente/16916>.

10. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl):1827–1834.

11. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):360–365.

12. Samuel Jorge Moysés. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev da ABENO*. 2001;29(2).

13. Ceccin RB, Feuerwerker LM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva, Rio Janeiro PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(141):41–6541.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 1.444/2000. Brasília 2000; 85p.

15. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saude Publica*. 2006;40:141–147.

16. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006 May 27;4:12.

17. Assis MM, de Jesus WL. [Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model]. *Cien Saude Colet*. 2012 Nov;17(11):2865-75.

18. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(suppl 2):S190-198.

19. Brasil. *SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais.*; 2010. [acesso 16 jan 2019] Disponível em: www.saude.gov.br/bvsLegislaçãoemSaúdewww.saude.gov.br/saudelegiswww.saude.gov.br/bvs. Acessado setembro 13, 2018.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde: 1998 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000 [acesso 17 jan 2019] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>

Artigo apresentado em outubro de 2019

Artigo aprovado em janeiro de 2020

Artigo publicado em maio 2020