

O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde

The Smiling Brazil Program in the eyes of the 3rd National Conference on Oral Health and the 16th National Health Conference

Brasil Sonriente ante los ojos de la 3ra Conferencia Nacional de Salud Oral y la 16ª Conferencia Nacional de Salud

Stella Simão Tavares¹
Andrei Simão de Melo,²
Cristine Miron Stefani,³
Gilberto Alfredo Pucca Jr.⁴

RESUMO: As condições bucais não só afetam o indivíduo fisicamente, mas também de forma psicossocial, evidenciando íntima ligação entre saúde bucal e determinantes sociais de saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal surge com a finalidade de superar problemas trazidos pelo atendimento odontológico historicamente assistencialista. O presente estudo objetiva comparar a implantação do Brasil Sorridente em relação às deliberações da 3ªCNSB, analisar o impacto da política na saúde bucal e expor perspectivas futuras. Fez-se uma avaliação processual a partir de documentos provenientes do PubMed, Scielo, GoogleScholar e Ministério da Saúde. O número de ESB aumentou de 8.951, em 2004, para 28.298 equipes em 2019, sendo 5,8% delas modalidade II. Em 1.161 CEOs, 579 possuem RCPD. São 2.468 LRPD com incentivo de R\$22,5 mil para maiores produções de próteses. Em 2008, 76,3% dos municípios possuíam água fluoretada. O sistema permite cobertura de 100% das comunidades indígenas com 320 UOMs e 34 DSEIs. O 3º ciclo PMAQ-AB mostrou 83,7% das equipes com rendimento máximo e já no primeiro PMAQ-CEO a taxa de adesão foi de 87%. A PNSB se mostrou coerente às deliberações da 3ªCNSB, trazendo

1 Graduada em Odontologia da Universidade de Brasília

2 Mestre e Coordenador Pedagógico do Grupo Nova tecnologia em Educação

3 Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília

4 Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília

resultados impactantes, contudo, ajustes importantes relacionados à integralidade, desigualdade ao acesso, ajustes financeiros e educação em saúde são necessários.

Palavras-chave: Política de saúde; Saúde bucal; Assistência odontológica integral; Serviços de saúde; Fluoretação.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a saúde obteve novo conceito para expressar sua real complexidade. Deixando de ser designada como “ausência de doença”, tem o entendimento agora perpassado por fatores socioeconômicos até chegar ao termo qualidade de vida¹.

Quanto à saúde bucal, estruturas como gengiva e dentes não afetam o indivíduo apenas fisicamente, mas também de forma psicossocial - influenciando em sua relação com os demais - e dessa forma mantém íntima ligação com os determinantes sociais de saúde (DSS)^{1,2}.

Confirmando o caráter integral e intersetorial da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) aparece como agente responsável por toda a área sanitária nacional³. O foco na democracia e nos direitos sociais é referido no princípio organizador Controle Social e garantido por Conselhos e Conferências de Saúde ministrados periodicamente^{1,2}.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) aconteceu em 1986 na forma de Conferência Temática da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁴. Como uma imensurável conquista, ela evidenciou - pela primeira vez - a situação da saúde bucal brasileira e planejou a inclusão da Odontologia no SUS. Apesar dos avanços do setor nos anos seguintes, somente em 2004, com a 3ª CNSB, a Política Nacional Saúde Bucal (PNSB) foi definida e instituída como Brasil Sorridente⁵, sendo apresentada com a finalidade de superar problemas e desigualdades trazidas pelo atendimento odontológico historicamente assistencialista do país⁴.

Levando em conta a falta de estudos e análises em nível nacional sobre a Política supracitada, o presente trabalho tem como objetivo: 1) Comparar a implantação do Brasil Sorridente com os quatro eixos deliberados na 3ª CNSB; 2) Analisar, por meio de uma avaliação de processo, a política no que se refere à formulação e ao impacto na saúde bucal brasileira; e por fim 3) Expor as perspectivas futuras da saúde bucal relacionadas à 16ª CNS.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo utilizou documentos primários e secundários provenientes das bases de dados PubMed e Scielo e dos sites Google Scholar e Ministério da Saúde, contendo informações sobre o histórico e a implantação da PNSB. É classificado como uma pesquisa exploratória - por familiarizar o tema e analisá-lo a fim de justificar achados - e como uma avaliação de processo - por estimular uma reforma da política paralela à fase de implantação, de modo que haja a garantia da meta visada

e a atualização de recursos. Por fim, com o intuito de pesquisar os princípios de Integralidade e Intersetorialidade da PNSB, de forma completa e à luz das Conferências de Saúde, elegeu-se o Ciclo de Políticas Públicas como quadro referencial, dividindo o estudo em três partes: 1) Resgate Histórico e Definição de Problemas; 2) Formação de Frentes e Implementação da Política; e 3) Considerações Finais e Perspectivas Futuras.

RESGATE HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS

O século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, foi marcado pela resignificação de diversas áreas. A saúde, por exemplo, foi vista pela primeira vez como fator de extrema relevância na definição político-econômica de um país⁴. Apesar de várias mudanças ideológicas em âmbito internacional, o Brasil via-se estagnado em uma ditadura. Desde 1923, tinha o modelo Médico Assistencial Privatista atendendo uma demanda espontânea, a qual podia pagar pelo serviço^{4,6}. De forma concomitante, surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que prestavam serviços médicos e farmacêuticos para trabalhadores do setor privado e seus dependentes⁵. Em conclusão, a maioria da população não tinha acesso à saúde e dependia basicamente de instituições filantrópicas⁶.

Nesse cenário, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) se manifestou como um grande marco histórico. Indo muito além do seu campo de nomenclatura, vinha com a criação de um sistema de saúde focado na democracia e nos direitos sociais e com a elucidação de como seus ideais seriam integrados ao sistema institucional brasileiro^{7,2}. As diretrizes do movimento foram legitimadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e depois foram formalizadas na Assembleia Constituinte em 1987².

A intensa pressão popular no processo de descentralização da saúde foi decisiva para a aprovação das propostas da 8ª CNS no Congresso⁸. Pouco após a promulgação da Constituição Federal, o SUS foi regulamentado pela Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde)⁹. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços e tendo como diretrizes a organização de forma descentralizada e a participação da comunidade, era o único sistema de saúde já implementado em um país com mais de 100 milhões de habitantes¹⁰.

Para estabelecer nesse sistema o Controle Social, isto é, mecanismos que estabeleçam a ordem social a partir de um embasamento legal, são realizados Conselhos e Conferências de Saúde¹⁰. Ainda no mesmo contexto, temos as chamadas Conferências Temáticas, que são responsáveis por temas específicos como, por exemplo, a Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), a qual nasceu da 8ª CNS⁴.

O Processo de Construção das Conferências Nacionais de Saúde Bucal

Em 1986, a 1ª CNSB expôs forte ligação entre Saúde Bucal e os DSS e criou ideal de incluir a

odontologia no SUS, contudo, sem um plano concreto¹. Em 1993, a 2ª CNSB caracterizou o modelo odontológico como individualista e inerte à realidade brasileira¹. A necessidade de reconhecer “*a saúde bucal como direito de cidadania*” foi legitimada e uma nova estratégia em saúde bucal, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), enfim se expressou na atenção básica¹.

Apesar das barreiras vencidas nas duas primeiras CNSB, o Brasil ainda mostrava resultados muito insatisfatórios de acordo com o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003^x. Os programas existentes eram de difícil acesso, em sua maioria voltados para crianças e gestantes, e os tratamentos, de baixa complexidade e limitados a ações curativas e mutiladoras. Em conclusão, a saúde bucal não tomava como base os princípios do SUS nem possuía uma política específica estruturada.

Com o objetivo de superar desigualdades e o difícil acesso à saúde bucal, a 3ª CNSB, em 2004, legitimou a Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente. O documento concluiu-se com 298 propostas aprovadas por 883 delegados, resultado de 27 conferências estaduais e 2.542 municipais. O tema central “*Acesso e qualidade superando a exclusão social*” foi debatido na vertente de quatro grandes eixos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal para melhor organização e criação da política.

EIXO 1: EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

A ineficiência do Estado quanto ao acesso ao atendimento e à qualidade do serviço se devia principalmente à falta de Intersetorialidade e Integralidade. Intersetorialidade se refere à necessidade de setores variados agirem juntos em prol da saúde bucal, tendo como principal exemplo a fluoretação da água de abastecimento público. Nesse âmbito, apesar de o programa ter sido implementado em 1974 pela Lei Federal nº 6.050/74¹², até a 3ª CNSB apenas 40% da população estava coberta¹³.

Já Integralidade refere-se às ações que visam o cuidado da saúde como um todo - indo da promoção à saúde até a reabilitação. Nele ainda é preconizado o entendimento do homem como um ser pensante¹⁴. Nesse contexto, enfatiza-se a troca de conhecimentos entre profissional e paciente e criação do vínculo. As ESB apresentaram-se como provedoras desse princípio na Atenção Primária em saúde bucal, mas que requeriam ajustes para maior eficiência¹⁵.

Por fim, como ação fundamental, definiu-se a Educação em Saúde como chave para a conscientização da população acerca do direito à saúde e do próprio potencial como agente participativo de mudança¹.

EIXO 2: CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL

A ênfase no Controle Social dentro da gestão surgiu como ferramenta democrática para materializar medidas provisórias e deliberações já legitimadas⁴. A criação de um eixo sobre esse

tema era de grande importância tanto pela natureza do evento, uma Conferência de Saúde Bucal, quanto pela quantidade de programas de saúde a serem implementados, o que demandava grande fiscalização¹.

EIXO 3: FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

Apiora na qualidade de serviços, dificuldade nas práticas integrais e diminuição de estudos gerados sobre o sistema eram consequência da falta de debate entre os organismos de gestão e o Ministério da Educação. A formação em saúde se mostrava ineficiente, com um baixo comprometimento dos servidores em relação ao SUS e com a hiperespecialização dos profissionais, influenciada por um modelo mercantilista e alienado da realidade nacional¹. No campo do trabalho em si, os servidores se encontravam em situação precária e a própria gestão pública se mostrava obsoleta, pois, com o grande avanço da descentralização, se fazia necessária uma nova articulação do sistema¹. Via-se necessária a maior articulação entre setores e entidades públicas e particulares; incentivo do controle social; e uma descentralização política organizada para que as ESBs tivessem potencial máximo.

EIXO 4: FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Uma das maiores dificuldades encontradas na criação do SUS foi de fazer com que o modelo econômico do país priorizasse o sistema, fornecendo, de forma regular, o montante necessário para sua implementação¹⁶. O Piso de Atenção Básica (PAB) fixo deixava de ser efetivo, não atendendo equitativamente a demanda do país¹. Era necessário o planejamento de medidas que assegurassem um financiamento do SUS mais ágil, flexível e de maior relação com gestores^{1,4}.

A organização da atenção em saúde bucal era pouco eficiente e assegurar esse direito se mantinha como desafio presente ao SUS. A demanda devia ser avaliada a partir do diagnóstico local, suas diversidades étnicas e culturais e o cuidado com o paciente ser integral, proporcionando vínculo com o profissional¹.

FORMAÇÃO DE FRENTES E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

Em relação à formação de frentes da política, o Quadro 2 mostra os principais programas deliberados na 3ª CNSB e gerados na Política Nacional de Saúde Bucal.

Quadro 1 – Programas do Brasil Sorridente referentes ao 1º eixo.

Eixos	Programas	Ações
1º Eixo	Alteração no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB)	Criação em 2003. Aumento do financiamento; Inclusão das carreiras Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) ¹⁷ .
	Unidade Odontológica Móvel (UOM)	Criação em 2009. Implantação da rede de atendimento odontológico móvel de acordo com as rotas de ensino, demanda e cronologia da ação. Portaria nº2.371, de 7 de outubro de 2009 ¹⁸ .
	Fluoretação	Ampliação do programa de Fluoretação e vigilância por meio da criação de sistemas fiscais como os Centros Colaboradores em Vigilância em Saúde Bucal.
	Programa Saúde na Escola	Criação em 2010. Conscientização das práticas de autocuidado, reconhecimento de fatores de risco e realização de ações promotoras e preventivas em saúde bucal a partir da integração entre alunos e funcionários ¹⁹ . Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro 2007 ²⁰ .

Fonte: Autoria própria, 2019.

Quadro 2– Programas do Brasil Sorridente referentes ao 2º eixo.

Eixos	Programas	Ações
2º Eixo	Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB)	Criação em 2008. Aumento da participação popular e potencialização das Comissões da CNS. Resolução Nº406 de 12 de setembro de 2008 ²¹ .

Fonte: Autoria própria, 2019.

Quadro 3 – Programas do Brasil Sorridente referentes ao 3º eixo.

Eixos	Programas	Ações
3º Eixo	Regulamentação do Técnico em Saúde Bucal	Criação em 2008. Renomeação do Técnico em Higiene Dental para Técnico em Saúde Bucal junto sua incorporação à ESB, CEOs, hospitais, cursos e palestras ¹⁷ . Portaria nº3.012, de 26 de dezembro de 2012 ²² .
	Residência Multiprofissional e em Cirurgia Buco-Maxilofacial	Criação em 2005. Aumento da qualificação dos profissionais da atenção secundária e terciária pela implantação de pós-graduações credenciadas junto ao SUS. Portaria Interministerial Nº1.077, de 12 de novembro de 2009 ²³ .
	GraduaCEO	Criação em 2014. Ações e serviços das Instituições de Ensino Superior (IES) de modo a melhorar a oferta de atenção em saúde bucal na rede pública e fornecer conhecimento prático e maior engajamento dos alunos quanto ao SUS. Portaria Interministerial MS/ME no. 1.646, de 5 de agosto de 2014 ²⁴ .

Fonte: Autoria própria, 2019.

Quadro 4 – Programas do Brasil Sorridente referentes ao 4º eixo.

Eixo	Programas	Ações
4º Eixo	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)	Criação em 2004. Reabilitação protética por meio de laboratórios credenciados pelo governo; Coleta de dados sobre as próteses confeccionadas na rede pública. Portaria GM/MS no. 599, de 23 de março de 2006 ²⁵ .
	Assistência Hospitalar	Criação em 2005. Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica no âmbito da odontologia. Portaria SAS/MS no. 743, de 22 de dezembro de 2003 ²⁶ .
	Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	Criação em 2004. Ambulatórios que oferecem atendimento a nível secundário de saúde bucal. Portaria GM/MS no. 599, de 23 de março de 2006 ²⁵ .
	Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	ANO. Incentivo para adesão à RCPD pelos CEOs, sendo mantida como porta de entrada do sistema à atenção básica. Portaria GM/MS no. 793, de 24 de abril de 2012 ²⁷ .
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade	Subprogramas PmaQ-AB e PmaQ-CEO lançados em 2011 e 2013, respectivamente, para padronizar programas independentemente da sua área de cobertura. Portaria GM/MS no. 1.645, de 2 de outubro de 2015 ²⁸ . Portaria GM/MS n°. 261, de 21 de fevereiro de 2013. Ref 52 e 53 ²⁹ .
	Saúde Bucal para comunidades indígenas (Brasil Sorridente Indígena)	Criação em 2011. Garantia ao direito à saúde pelas populações indígenas, capacitação de profissionais e possibilidade de atendimento em aldeias ³⁰ . Portaria n° 2.663, de 11 de outubro de 2017 ³¹ .
	A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte	Criação em 2004. Garantia de atendimento odontológico de urgência e emergência em hospitais com até 30 leitos para aumento da capacitação e eficiência hospitalar. Portaria GM/MS 1.044, de 01 de junho de 2004 ³² .
	Centros Colaboradores em Vigilância em Saúde Bucal (CECOL)	Criação em 2007. Realização de pesquisas, coleta de dados e monitoramento de ações na área da saúde bucal por meio de universidades. Portaria MS/SAS n° 939, de 21/12/2006 ³³ .

Fonte: Autoria própria, 2019.

O Brasil Sorridente com o modelo de atenção à saúde baseado na Atenção Primária foi determinante para o aumento da diversidade de procedimentos prestados no setor. Na fase inicial da política em 2004, existiam 8.951 ESBs. Em 2019, conta-se com 28.298 equipes, em 5026 municípios, resultando numa cobertura de 87,8 milhões de pessoas (42% da população). Apesar dos números crescentes na Atenção Primária, até 2014 o aumento da cobertura de primeira consulta não foi significativo. O maior crescimento visto foi no período entre 2007-2010, em apenas 13,6%³⁴. Este valor pode ser relacionado com resultados encontrados no SB-Brasil 2010,

os quais mostram que apesar de o país ter sido da condição mundial de prevalência de cárie de média para baixa, houve ainda uma baixa redução no número de cáries em dentes decíduos³⁵. Leva-se a crer que a educação em saúde bucal ainda é pouco difundida e o acesso ao atendimento também.

Nos primeiros anos do programa, as ESB eram sobrecarregadas pelo grande volume de demanda, chegando a ter 6.900 pacientes cada. Em 2003, a inserção do TSB mostrou enorme diferencial na produtividade das equipes. Apesar desse fato, apenas 8,3% das equipes eram de modalidade II até 2010 e esse número diminuiu ainda mais em 2019, indo para 5,8%³⁶. O principal motivo desse impasse é a falta de clareza - por parte de toda a rede - sobre a função expandida do TSB, o que possivelmente faz com que o programa perca potencial transformador³⁶.

Em 2003, a modalidade I de ESB recebia um incentivo anual de R\$15,6 mil, e a modalidade II, R\$19,2 mil. Desde o ano de 2013, passaram a receber R\$26,7 mil e R\$35,7 mil, respectivamente^{37,38}. Em meio a isso, um problema pertinente se mantém: o valor para cada consultório completo é o mesmo desde 2005, um investimento de R\$ 7mil³⁹. Percebe-se que o setor financeiro na área de saúde bucal não é atualizado em relação às mudanças econômicas anuais do país, e fica em segundo plano quando referido o montante total dado ao SUS⁴. Para que não haja diminuição da qualidade de materiais empregados e do serviço, entende-se que o setor financeiro da saúde bucal precisa ser flexibilizado entre as esferas de governo para que a resposta do sistema seja mais rápida e eficiente. Mudanças vistas nos estados, por exemplo, Rio Grande do Sul e Paraná, com a inserção dos incentivos estaduais, precisam ser difundidas pelo resto do país³⁶.

Além dos benefícios trazidos à população, conforme são implantadas equipes de saúde bucal, os empregos gerados e os equipamentos e materiais comprados estimulam uma significativa circulação de capital na área da odontologia³⁹. Sobre a fluoretação da água, o ganho não vem apenas no campo da saúde bucal. Esse sistema também visa a qualificação e a vigilância das bases de tratamento e distribuição de água. O Brasil é o segundo país com maior cobertura de flúor no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. Em 2008, a cobertura da fluoretação era de 76,3% de municípios e 29,6 milhões de pessoas⁴⁰. Apesar disso, grandes problemas relacionados à desigualdade ao acesso e à vigilância são vistos, principalmente quando comparados estados do norte/nordeste e sul/sudeste⁴¹. Até 2011, as regiões sudeste e sul tinham alta cobertura enquanto, por exemplo, o estado do Amapá não tinha nenhum município alcançado³⁶. Deve levar-se em conta que, quando se fala sobre “cobertura”, está sendo referida a capacidade do sistema, não necessariamente o número de pessoas assistidas. Apesar da possível confusão, o termo é de grande relevância para futuros planejamentos, definição de grupos de risco, organização da demanda e do acesso de forma equitativa³⁶.

O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) deveria ser alimentado quatro vezes ao ano, porém estudos mostram que, em 2008, 62,7% municípios estavam sem cadastro ou não utilizavam do sistema. Rio de Janeiro, São Paulo e as regiões Norte e

Nordeste apareciam com a menor participação, contribuindo com a baixa na eficácia da plataforma na avaliação da concentração do fluoreto nas redes de abastecimento de água⁴².

Em 2010, havia 676 Laboratórios de Prótese implantados no SUS e, em 2019, esse número chegou a 2.468. Foi vista uma produção de 600.196 próteses no ano de 2014^{43,45}. Os municípios recebiam um repasse de até R\$ 20mil dependendo da produção em 2011⁴⁴. Desde 2013, o incentivo final é de 22,5 mil para a maior produção⁴⁵.

O SB-Brasil 2010 evidenciou a redução na necessidade de próteses em 50% para adolescentes e em 70% para adultos⁴⁶, contudo, a reabilitação de idosos mostra-se deficiente pela carência de tópicos dos profissionais e indisponibilidade de procedimentos mais complexos, os quais normalmente são de extrema necessidade. Problemas relacionados à equidade na implantação de laboratórios, ou seja, de acordo com a necessidade local, também são reportados⁴⁶.

O ensino superior, em 2005, contou pela primeira vez com um repasse exclusivo, do Ministério da Saúde, de 1 milhão de reais para aprimoramento em pesquisas em Saúde Bucal³⁹. Atualmente também na área da educação, o Graduação encontra-se em fase de implantação, ainda não sendo efetivado. O programa contará com um incentivo, em parcela única de R\$80.000 e um custeio mensal de até R\$103.320,00.

No começo de 2005, 161 Centros de Especialidades Odontológicas já tinham sido instalados³⁹; O Datasus mostra 2019 com 1.161 centros, sendo 579 com RCPD. Desde 2012, o incentivo de implantação das modalidades de CEOs I, II e III se mantém em R\$ 60mil, 75mil e 120mil; Custeio de R\$ 8,25 mil, 11 mil, e 19,25 mil⁴⁸; E o incentivo de adesão da RCPD, R\$1.650, R\$2.200, R\$3.850⁴⁹.

Ainda sobre os CEOs, uma das dificuldades encontradas é a de desvinculá-los da caracterização “atalho do SUS”, que toma lugar das Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada no sistema de saúde³⁶. Quando ocorre esse equívoco, há sinonimização da odontologia do SUS com o centro de especialidades por parte da população, sobrecarga do ponto de atenção secundário e descaracterização da rede de atenção. Apesar de desde 2010 a nova forma de organização de serviços do SUS planejar a inclusão de outros procedimentos como, por exemplo, a ortodontia preventiva e interceptiva, estudos mostram que o maior problema visto atualmente na rede é o de integralidade das ações com a falta de investimento nos pontos secundário e terciário da rede, os quais dão continuidade nos tratamentos⁵⁰.

Ao seguir a diretriz da equidade em saúde, o tratamento aos povos indígenas exige uma maior atenção dos profissionais. Além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em 2011, existiam 51 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) em 15 estados com a capacidade de atender

350 pessoas³⁶. Em 2019, o país conta com 320 UOMs. O custeio mensal para cada unidade é de R\$4.680 e R\$3.500 para sua implantação. Essas unidades têm o foco de se localizarem principalmente em áreas de difícil acesso, como assentamentos e povoados indígenas^{36,51}. Nessa perspectiva, a cobertura do programa teria capacidade de 100%³⁰. O ano de 2014 marcou 606.277 atendimentos odontológicos para uma população de 666.238 indígenas, conseguindo a conclusão de mais de 50% dos tratamentos⁵². Vale enfatizar a importância da oferta de serviços prestados por parte das universidades, as quais já realizavam ações pontuais nas comunidades antes mesmo da PNSB^{30,53}.

No setor de avaliação do Brasil Sorridente, o PmaQ-AB se mostra no 3º ciclo com o incentivo mensal de R\$11 milhões pelo alto desempenho das equipes, sendo essas 23.688 com saúde bucal. E o primeiro Pmaq-CEO com 87% de adesão dos centros no 2º ciclo. A importância desses subprogramas se deve à possibilidade de avaliar o desempenho de setores nos três níveis de governo⁵⁵. Os resultados vêm a garantir transparência no processo de cada programa e a ajudar nas próximas decisões⁵⁵. Já os recursos repassados visam a melhoria do acesso por meio da desburocratização e a melhor qualidade de atendimento por meio da maior aquisição de insumos⁵⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil Sorridente foi de fato a primeira Política Nacional de Saúde Bucal implantada no país, a qual trouxe mudanças essenciais na rede de organização de serviço, grandes avanços epidemiológicos e resultados impactantes.

Com este estudo pode-se dizer que há coerência entre a política e o que foi preconizado nas conferências anteriores e na Reforma Sanitária, onde a maioria de suas frentes foram inicialmente debatidas. Ainda, que a implantação do Brasil Sorridente correspondeu às principais deliberações da 3ª Conferência de Saúde Bucal.

NO ANO DE 2019 ACONTECEU A 16ª CNS, CUJO RELATÓRIO NACIONAL CONSOLIDADO APRESENTA 31 DIRETRIZES E 331 PROPOSTAS, COM FOCO NA CONTÍNUA CONSOLIDAÇÃO DOS IDEAIS DO SUS E DA 8ª CNS. O DOCUMENTO ABRANGE DIRETRIZES COM ÊNFASE EM AÇÕES DE DEMOCRACIA EM SAÚDE, GARANTIA DE FINANCIAMENTO ADEQUADO E ATUALIZADO PARA O SISTEMA E AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS JÁ IMPLEMENTADOS PRINCIPALMENTE NA SAÚDE BUCAL. NA CONFERÊNCIA FOI PRECONIZADA A PARTICIPAÇÃO DE UMA ESB EM CADA ESF, CONTEMPLANDO A INSTALAÇÃO DE CONSULTÓRIOS EM TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, VISANDO O FORTALECIMENTO E AUMENTO DA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, DE FORMA QUE OUTROS PONTOS DA REDE NÃO SEJAM SOBRECARRREGADOS; E A CRIAÇÃO DE, PELO MENOS, UM CENTRO DE ESPECIALIDADES E UM LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA POR REGIÃO, GARANTINDO MAIOR ACESSO E DESCENTRALIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS. SENDO ESSAS, ENTRE OUTRAS, ALGUMAS DAS NE-

CESSIDADES ENCONTRADAS NO PRESENTE ESTUDO QUE DEVERÃO TER MAIOR APROFUNDAMENTO NOS PRÓXIMOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS DE SAÚDE BUCAL.

Apesar de os repasses financeiros se mostrarem crescentes, a política tem a necessidade, em todos os seus programas, que os ajustes financeiros sejam flexíveis, contínuos, divididos entre as três esferas de governo e, principalmente, atualizados para que o princípio da Integralidade seja efetivado. Além disso, a capacidade de cobertura tem se mostrado grande, mas grande parte da população continua carente. O sistema precisa ainda de: Aprimoração dos meios de informação para a comunidade e dentro do próprio sistema, de forma a possibilitar rendimento intersectorial máximo da política; Maior regionalização das ações; E, por fim, engajamento político nas práticas de saúde pública e educação permanente dos profissionais da área, de forma que o movimento se fortaleça e se torne mais eficiente.

Ao falarmos de saúde bucal, estamos falando de inclusão social. Uma vez criada a PNSB, seu aprimoramento é possível; enquanto sua inexistência manteria o governo inerte às necessidades da população. Por esse motivo, dentre outros, não se deve diminuir esta conquista democrática pela falta de aporte financeiro, problemas de gestão e de governo que impactam, não só a saúde, mas todas as áreas de desenvolvimento no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
3. 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 correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990a; Seção 1:018055
4. Fernandes GF, Narvai PC. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [Tese] 2011. 124p.
5. Moysés S, Kriger I, Moysés S, coordenadores. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
6. Pro-Odonto/Prevenção. Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde ISSN 1982-8829 Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 14(1), 127-142 mar, 2020. Epub Mai/2020

Coletiva. Ciclo 5, Módulo 2. Sescad – Odontologia. 201. 167p. Porto Alegre

7. Paim J. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Editora Fiocruz; 2008. 356p.

8. Luz M. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2) p. 293-312.

9. Brasil. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990

10. Brasil, Ministério da Saúde. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Diário Oficial da União 1990; 29 dez.

11. Correa SV, organizador. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; 2005.

12. Brasil. Lei nº 6.050, de 24 de Maio de 1974 Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Diário Oficial da União. 27 mai 1974a. Seção 1, Página 6021

13. Narvai PC. Fluoretação das águas: razões para prosseguir. São Paulo: FUNDAP/SES-SP; 1997.

14. Passos-Soares J, Falcão M. Saúde e Epistemologia. Salvador: Sanar; 2015

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AtençãoBásica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

16. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Santo ACGE, Souza IMC, Duarte-Neto PJ, Silva KSB. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional n 29 declarados ao Sistema de Informações sobre OrçamentosPúblicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *CadSaúde Publica*. 2009;25(12):2612-20.

17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 14(1), 127-142 mar, 2020. Epub Mai/2020 ISSN 1982-8829

Atenção Básica (2015). Manual do TSB e ASB. Volume 1. São Paulo, 37.p

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Diário Oficial da União 8 out 2009; Seção 1.

19. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal Caderno Cadernos Temático do PSE, Promoção da Saúde Bucal.

20. Brasil. Ministério da Saúde Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 6 dez 2007; Seção 1.

21. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº406 de 12 de setembro de 2008. Comissão Intersetorial de Saúde Bucal CISB. Diário Oficial da União 13 set 2007.

22. Ministério da Saúde (BRASIL). Portaria Nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012: Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 27 dez 2012; Seção 1.

23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial MS/ME nº1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União 13 de nov 2009; Seção 1.

24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial MS/ME no. 1.646, de 5 de agosto de 2014 - Institui o Componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, para compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União 07 ago 2014; Seção 1.

25. Ministério da Saúde 9 (Brasil), Portaria GM/MS no. 599, de 23 de março de 2006 - Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 24 mar 2006; Seção 1.

26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria SAS/MS no. 743, de 22 de dezembro de 2003. – Estabelece na assistência hospitalar a emissão do laudo estrita à responsabilidade das seguintes

categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra. Diário Oficial da União 23 des 2003; Seção 1.

27. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS no. 793, de 24 de abril de 2012 – Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União 25 abr 2012; Seção 1.

28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS no. 1.645, de 2 de outubro de 2015 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). Diário Oficial da União 03 out 2015; Seção 1.

29. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº. 261, de 21 de fevereiro de 2013 – Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial da União 22 fev 2013; Seção 1.

30. Bertanha W. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2012.16(1), p.105-112.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017 – Altera a Portaria de Codificação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse de Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS

32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.044, de 01 de junho de 2004 – Institui conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 02 jun 2004; Seção 1.

33. Centro Colaborador do Ministério da Saúde Bucal. CECOL/USP [acesso fev 2019]. Disponível em: <http://www.cecol.fsp.br/paginas/mostrar/33> .

34. Chaves S. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciência & Saúde Coletiva, 2017. 22(6). p.1791-1803

35. Moysés S, Pucca-Jr GA, Paludetto Jr M, Moura L. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013;47(supl 3). p. 161-167. Narvai 2011

36. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica,

Coordenação-Geral de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. 2006. Brasília. 74p.

37. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [homepage na internet]. Brasil Sorridente [acesso em 27 mar 2019]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/faq#collapse4>

38. Pucca-Jr GA. Política Nacional de Saúde Bucal como demanda Social. CienSaudeColet 2006; 11(1) p. 243-246.

39. Frazão P, Narvai PC. Fluoretação da água em cidades brasileiras na primeira década do século XXI. Ver Saude Publica. 2017;51:47.

40. Roncalli A, Côrtes M, Peres K. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. Cadernos de Saúde Pública. 2012;28(Sup):S58-S68.

41. Frazão P, Soares C, Fernandes G, Marques R, Navai PC. (2013) Fluoretação da água e insuficiências no sistema de informação da política de vigilância à saúde. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. (67)2) p.94-100.

42. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [homepage em internet]. Brasil sorridente [acesso em 27 abr 2019]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/faq#collapse4>

43. Brasil.Ministério da Saúde. A Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, visando ampliar o número de Laboratórios e a oferta de próteses dentárias, aumenta o repasse financeiro federal para este fim.Coordenação Geral de Saúde Bucal [Brasil]. Monitoramento da produção de próteses dentárias [Apresentação da internet]. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Apres_oficinas.pdf Acesso em: 04 jun 2019

44. Moysés S, Pucca-Jr GA, Paludetto Jr M, Moura L. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013;47(suppl 3). p. 161-167.

45. Ministério da Saúde (Brasil).Institui o GraduaCEO: Brasil Sorridente[Nota técnica]. Diário Oficial da União 05 out 2012.

46. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. (2016) Brasília.

47. Ministério da Saúde (Brasil). Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [Nota técnica]. Diário Oficial da União 05 out 2012

48. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b.

49. Ministério da Saúde [homepage em internet]. Ministério da Saúde entrega 117 Unidades Odontológicas Móveis [acesso em 28 mar 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2142-ministerio-da-saude-entrega-117-unidades-odontologicas-moveis>

50. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Relatório de Gestão de Exercício de 2014. Brasília, 2015.

51. Lemos P et al. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. Cadernos de Saúde Pública. 2018, 34(4).

52. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [homepage em internet]. Lista final de certificação do 3º ciclo do PMAQ é publicada [acesso em 24 abr 2019]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/5434>

53. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ: Manual instrutivo. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 34p

54. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019

Artigo apresentado em outubro de 2019

Artigo aprovado em janeiro de 2020

Artigo publicado em maio de 2020