



**FACULDADE DE SINOP
CURSO DE ODONTOLOGIA**

THALYTA MARIA GRIMAS

**ESTUDO DOS ÍNDICES DE POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA COM
ACESSO A ODONTOLOGIA**

**Sinop/MT
2024**

THALYTA GRIMAS

**ESTUDO DOS ÍNDICES DE POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA COM
ACESSO A ODONTOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso II
apresentado à Banca Avaliadora do
Departamento de Odontologia, do Centro
Universitário Fasipe - UNIFASIPE, como
requisito parcial para a aprovação na disciplina
de TCC II.

Orientador: Esp. Hiago Moacyr Pires Leme
Moreli

**Sinop/MT
2024**

THALYTA GRIMAS

**ESTUDO DOS ÍNDICES DE POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA COM
ACESSO A ODONTOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, do Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE, como requisito parcial para a aprovação na disciplina de TCC II.

Aprovado em __/__/__.

HIAGO MOACYR PIRES LEME MORELI

Professor Orientador:
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

RAFAEL ALVES SCHWINGEL

Professor Avaliador:
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

ADRIANO BATISTA BARBOSA

Professor Avaliador:
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

ADRIANO BATISTA BARBOSA

Coordenador do Curso:
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

**Sinop/MT
2024**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por dar força para terminar esta graduação;

Agradeço aos meus pais que mesmo não estando entre nós, me deu força para não desistir e chegar até o fim;

Agradeço minha família pelo apoio emocional e psicológico;

E aos meus amigos que me ajudaram no decorrer desses 5 anos;

Ao meu orientador Professor Especialista Hiago Moacyr Pires Leme Moreli que acreditou no término deste trabalho;

E aos meus professores que acreditaram em mim, que me proporcionou a oportunidade de uma graduação. Que Deus abençoe a todos.

EPÍGRAFE

Só existe um chefe: o cliente. E ele pode demitir todas as pessoas da empresa, do presidente do conselho até o faxineiro, simplesmente levando dinheiro para gastar em outro lugar.

Sam Walton

GRIMAS, Thalyta. **Estudo dos Índices de População de Baixa Renda com Acesso a Odontologia**. 2024. 44 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso II – Centro Educacional Fasipe – UNIFASIPE.

RESUMO

A prestação de serviços bucais é um desafio para os sistemas de saúde. Este desafio deve-se à elevada incidência e prevalência de doenças orais, à dimensão e distribuição da força de trabalho dentária, aos recursos financeiros disponíveis e à baixa importância da saúde oral nas políticas de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde bucal não apenas protege contra doenças infecciosas e ameaças ambientais, mas também inclui atividades como falar, rir, beijar, tocar, cheirar, provar, mastigar, engolir e chorar. Portanto, falar sobre desigualdades em saúde bucal inclui mais do que problemas dentários causados por cuidados inadequados. O estudo teve como objetivo geral apresentar os índices que demonstram se a população brasileira de baixa renda tem acesso a odontologia. Para chegar ao resultado desse objetivo foram necessários os objetivos específicos: discorrer sobre o que é saúde bucal; estudar as políticas públicas voltadas para a saúde bucal no Brasil; determinar a associação dos problemas bucais com variáveis socioeconômicas e ponderar sobre os hábitos de alimentação e práticas de higiene bucal. A pesquisa visou responder ao seguinte questionamento: a população brasileira de baixa renda tem acesso a odontologia? O desenvolvimento deste trabalho se justifica pela importância do tema escolhido e na necessidade de conhecer mais acerca do tema escolhido, buscar entendimento sobre o acesso que a população carente do Brasil tem para tratamentos odontológicos. A metodologia empregada foi a Revisão Bibliográfica e a abordagem qualitativa. Foram usados artigos publicados entre 1999 e 2023 para a realização desta pesquisa. Este estudo se destaca como uma abordagem qualitativa, pois provê suporte conceitual mais amplo para análise e revisão dos achados da pesquisa. Concluiu-se que, é importante tomar medidas para garantir que as pessoas tenham acesso a cuidados dentários, tais como expandir a prestação de serviços dentários públicos, promover programas de cuidados dentários e de prevenção de doenças orais e aumentar a sensibilização do público para a saúde oral. As ações públicas que promovem a assistência odontológica são, sem dúvida, fundamentais para o bem-estar da população e podem gerar economias significativas no longo prazo.

Palavras chave: Dentes. Odontologia. Pobreza. Prótese.

GRIMAS, Thalyta. **Study of Low Income Population Indexes with Access to Dentistry.** 2024. 44 pages. Course Completion Work II – Fasipe Educational Center – UNIFASIPE.

ABSTRACT

Providing oral services is a challenge for healthcare systems. This challenge is due to the high incidence and prevalence of oral diseases, the size and distribution of the dental workforce, the available financial resources and the low importance of oral health in public health policies. According to the World Health Organization, oral health not only protects against infectious diseases and environmental threats, but also includes activities such as talking, laughing, kissing, touching, smelling, tasting, chewing, swallowing and crying. Therefore, talking about oral health inequalities includes more than dental problems caused by inadequate care. The general objective of the study was to present indices that demonstrate whether the low-income Brazilian population has access to dentistry. To reach the result of this objective, specific objectives were necessary: discuss what oral health is; study public policies aimed at oral health in Brazil; determine the association of oral problems with socioeconomic variables and consider eating habits and oral hygiene practices. The research aimed to answer the following question: does the low-income Brazilian population have access to dentistry? The development of this work is justified by the importance of the chosen topic and the need to know more about the chosen topic, seek understanding about the access that the poor population in Brazil has to dental treatments. The methodology used was the Bibliographic Review and the qualitative approach. Articles published between 1999 and 2023 were used to carry out this research. This study stands out as a qualitative approach, as it provides broader conceptual support for analysis and review of research findings. It was concluded that it is important to take measures to ensure that people have access to dental care, such as expanding the provision of public dental services, promoting dental care and oral disease prevention programs, and increasing public health awareness. oral. Public actions that promote dental care are, without a doubt, fundamental for the well-being of the population and can generate significant savings in the long term.

Keywords: Dentistry. Poverty. Prosthesis. Teeth.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Disposição da Estrutura para cada tipo de CEO	23
Quadro 2: Protocolos Comparativos para Reabilitação Oral Removível (AB/CEO)	37
Tabela 1: Valores de incentivo para implantação e manutenção dos CEO	24
Tabela 2: Metas de Procedimentos por Especialidade e Tipo de CEO	25

LISTA DE SIGLAS

CEO	Centro Especializado Odontológico
CEOS	Centros Especializados Odontológicos
CF	Constituição Federal
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
INAMPS	Sociedade Nacional de Assistência Médica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa	11
1.2 Problematização.....	11
1.3 Objetivos.....	12
1.3.1 Objetivo Geral.....	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4 Procedimentos Metodológicos	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 Política Nacional de Saúde Bucal: Breve Histórico.....	14
2.1.1 Redes de Atenção à Saúde.....	19
2.1.2 Redes de Atenção à Saúde Bucal.....	21
2.2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS).....	22
2.2.1 A Produtividade no CEO e Cumprimento Geral de Metas.....	24
2.3 Educação em Saúde Bucal	25
2.4 Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados.....	26
2.5 Problemas sociais e pobreza	28
2.5.1 A pobreza no Brasil	29
2.6 Etiologia do edentulismo e Indicações, limitações e cuidados no uso de próteses	30
2.6.1 O uso de prótese e a relação com saúde geral	31
2.7 Desigualdades em Saúde Bucal	32
2.8 Dificuldades de Acesso a Prótese Dentária na Rede de Saúde Pública	34
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

A disparidade social no Brasil afeta a vida da maioria da população, caracterizada pela persistente desigualdade na distribuição de renda. Considerando a conceituação de saúde e doença, os aspectos sociais e econômicos de uma população afetam diretamente a sua saúde física e mental (SOUZA; MARTINS, 2016).

Em 1988, conforme a Constituição Federal, a saúde é um direito e um dever de todos os cidadãos brasileiros. Nesta perspectiva, o poder de compra ou mesmo o nível de escolaridade de um indivíduo ou grupo não deverá interferir no acesso aos cuidados de saúde gratuitos, uma vez que o Estado intervirá de forma a beneficiar a população. Mas na realidade, num país continental, esta realidade pode não atingir todos. Compreender por que estes incidentes ocorrem é crucial para que o Estado tome medidas substanciais. O atendimento odontológico há muito é considerado um serviço caro e inacessível para grupos de baixa renda ampliando assim a distância entre esses grupos de pessoas com baixo poder aquisitivo de ter condições de pagar cuidados de saúde bucal (SILVA, 2021).

A prestação de serviços bucais é um desafio para os sistemas de saúde. Este desafio deve-se à elevada incidência e prevalência de doenças orais, à dimensão e distribuição da força de trabalho dentária, aos recursos financeiros disponíveis e à baixa importância da saúde oral nas políticas de saúde pública. A discussão sobre o acesso no Brasil é importante porque, apesar de garantido por lei, ainda existe acesso seletivo, direcionado e excludente aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2018).

Porém, a saúde bucal vai além dos cuidados odontológicos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde bucal não apenas protege contra doenças infecciosas e ameaças ambientais, mas também inclui atividades como falar, rir, beijar, tocar, cheirar, provar, mastigar, engolir e chorar. Portanto, falar sobre desigualdades em saúde bucal inclui mais do que problemas dentários causados por cuidados inadequados. Além dos riscos associados à saúde bucal, possuem outros fatores que são capazes de impactar a qualidade de vida da

população, como o desemprego, a baixa autoestima e as dificuldades sociais. As pessoas que não têm o direito de sorrir também são privadas de outros direitos que permeiam a convivência social e são garantidos pelo Estado (SANTOS, 2021).

1.1 Justificativa

Nos últimos vinte anos, a desigualdade social emergiu como uma das questões mais importantes no campo da saúde pública, que pode ser dividida em duas questões principais: desigualdade nas questões de cuidados de saúde e desigualdade no acesso (MAGALHÃES et al. 2012).

Segundo Peres et al. (2012) a procura por serviços odontológicos em unidades de saúde é comum e estudos populacionais têm destacado fatores como desigualdades sociais no acesso e utilização. Esses autores constataram que a disponibilidade de serviços odontológicos tem aumentado nos últimos anos devido ao aumento da oferta de serviços e ao aumento da renda média da população. Avaliar a utilização dos serviços odontológicos é essencial para alcançar o acesso universal à saúde, princípio doutrinário do SUS.

De acordo com Fonseca, Nehmy e Mota (2015) constatou-se através de estudo realizado que o acesso desigual aos serviços odontológicos está em consonância com o grupo social que o indivíduo pertence. Porém, mesmo com os avanços na assistência odontológica do setor público, a análise da realidade brasileira mostra que o país ainda está dividido em setores, com procedimentos fragmentados e divergências entre a sociedade e a economia.

A presente pesquisa se justifica na necessidade de conhecer mais acerca do tema escolhido, buscar entendimento sobre o acesso que a população carente do Brasil tem para tratamentos odontológicos e levar esse conhecimento para os acadêmicos do curso de Odontologia da Unifasipe, para que os mesmos possam contribuir de alguma forma com a sociedade carente da cidade onde residem, depois de sua graduação.

1.2 Problematização

A saúde garantida pela constituição Federal de 1988, é direito de toda pessoa e responsabilidade do Estado. Deve ser garantida por políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outras lesões, bem como garantir o acesso universal e equitativo aos recursos e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme previsto no artigo 196.º da lei que rege o ordenamento jurídico do Brasil. A Constituição Federal (CF) definiu saúde como “um conceito amplo que inclui os seus elementos básicos e descreve

genericamente os princípios que um sistema nacional de saúde deve ter: universalidade, integralidade e igualdade” (BARATA, 2009, p.11).

Apesar do progresso o Brasil enfrenta um grande problema na democratização do acesso aos serviços: lacunas na saúde odontológica. Por outras palavras, ainda existem partes do país que estão mal equipadas e carecem de mão-de-obra qualificada. A distribuição geográfica dos dentistas em todo o país é fraca, afetando particularmente áreas remotas e rurais. No Brasil, sentar na cadeira do cirurgião dentista, continua sendo um desagradável monopólio de classe social. Um privilégio, e não um ‘direito de todos’ - mais uma cruel expressão das iniquidades que nos assolam (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

De acordo com o exposto, questiona-se: a população brasileira de baixa renda tem acesso a odontologia?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Apresentar os índices que demonstram se a população brasileira de baixa renda tem acesso a odontologia.

1.3.2 Objetivos específicos

- Discorrer sobre o que é saúde bucal;
- Estudar as políticas públicas voltadas para a saúde bucal no Brasil;
- Determinar a associação dos problemas bucais com variáveis socioeconômicas;
- Ponderar sobre os hábitos de alimentação e práticas de higiene bucal.

1.4 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa bibliográfica é realizada por meio do levantamento de fontes teóricas, como livros e artigos de pesquisa já avaliados e publicados em meios eletrônicos e impressos. Todo trabalho científico começa com uma pesquisa bibliográfica que permite ao pesquisador compreender o tema em questão. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em materiais já elaborados, principalmente com base em livros e artigos científicos, e permite ao pesquisador estudar diversos fenômenos em um espaço limitado, o que permite um conhecimento mais amplo de diversos temas em um espaço limitado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Este trabalho será baseado em pesquisa bibliográfica, qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Serão utilizados livros do acervo da biblioteca da UNIFASIPE – Centro Universitário de Sinop, artigos, revistas, trabalhos científicos e outros, publicados no período entre 1999 e 2023, em revistas online como SCIELO, Google acadêmico, Science.gov e outros. Para a seleção dos artigos serão utilizadas as seguintes palavras chaves: Acesso. Baixa Renda. Odontologia. Tratamentos odontológicos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Política Nacional de Saúde Bucal: Breve Histórico

É importante mencionar que o primeiro modelo de saúde bucal do Brasil apresentou diversas ineficiências devido aos seus altos custos de implementação. Além de não responderem aos problemas de saúde bucal da população, os serviços eram ineficazes (CEZÁRIO; MIALHE, 2021; MATTOS, 2014).

Deve-se notar também que historicamente estes modelos deixaram traços surpreendentes na odontologia moderna. Antes da constituição federal e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, apenas os funcionários participantes da Associação Nacional de Assistência Médica (INAMPS) tinham direito ao atendimento odontológico público (MATTOS, 2014; SCHERER et al. 2018).

Porém, a partir de 1988, com o surgimento desta nova Política Nacional de Saúde, surgiu a igualdade de oportunidades entre as figuras históricas dos papéis sociais do SUS (assalariados de saúde, gestores, acadêmicos e cidadãos), todos eles de igual *status* poderiam intervir de forma mais radical e orgânica para atender às necessidades da comunidade e criar um sistema coletivo de saúde bucal (MATTOS, 2014; SCHERER et al., 2018).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde caracterizou-se pela elaboração e implementação de documentos legais e normativos voltados à racionalização do formato de gestão e financiamento dos sistemas municipais e estaduais de saúde de acordo com as recomendações sobre a ampliação da independência política dos municípios. autoridades (delegação de autoridade). Nas estruturas políticas administrativas, é importante esclarecer que a política pública faz parte de um conjunto de procedimentos, regras e arranjos governamentais que contribuem para a relação entre o poder governamental e a sociedade (MATTOS, 2014; PIRES; BOTAZZO, 2015).

No entanto, a assistência odontológica permaneceu à margem das políticas de saúde pública por muitos anos. Para os brasileiros, a saúde bucal é extremamente difícil e o acesso é limitado, com poucos serviços odontológicos disponíveis, resultando em longos tempos de espera por atendimento, fazendo com que o principal tratamento oferecido pela rede pública seja a extração dentária, implantando atendimento odontológico imediato, para sanar a dor, sem necessidade de proteção, executando a mutilação dentária e cabendo ao odontólogo apenas atuação clínica (SPEZZIA ET AL., 2015).

Durante muitos anos, a assistência odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por fornecer apoio a grupos populacionais limitados, como crianças em idade escolar, por meio de programas direcionados à cárie dentária e à doença periodontal, excluindo assim grande parte da população (OLIVEIRA et al. 2018; TEODORO et al. 2022).

Os serviços odontológicos públicos concentraram-se principalmente nos municípios brasileiros, tomando medidas contra grupos de escolares de 6 a 12 anos e gestantes, ressaltando que, segundo dados do Ministério da saúde em 2004, estudos mostraram que 13% dos adolescentes nunca tiveram tinham ido ao odontólogo, 20% dos brasileiros perderam todos os dentes e 45% dos brasileiros não conseguiam usar escovas de dente regularmente (BRASIL, 2023).

Conseqüentemente, com o objetivo de aumentar ainda mais o acesso público às atividades de saúde bucal e promover a reorganização dessas atividades no sistema de atenção primária à saúde, o Ministério da saúde integrou a equipe de Saúde Bucal (ESB) à estratégia Saúde da Família (ESF). Sugeriu que deveria ser incluído por meio da Portaria 1.444, de dezembro de 2000. Alguns meses depois, foi editado o decreto nº 267 de março de 2001, que regulamentou e formulou o “Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica” em que procedimentos foram descritos neste nível de cuidados de saúde e quais os tipos de equipes (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, e levando em conta a trajetória histórica das políticas, especialmente por meio das práticas de saneamento, destinadas a evidenciar questões relacionadas aos processos saúde-doença e aos componentes sociais desses processos, é indicativa do debate atual no Brasil sobre o modelo de saúde. praticar a política do movimento de saúde em uma direção verdadeiramente coerente com os princípios teóricos do Sistema Único de Saúde (SUS) (PIRES; BOTAZZO, 2015).

A implementação de medidas adaptadas à população, incluindo o foco na regionalização das políticas de saúde para garantir maior atenção às características de cada

região e, portanto, melhor atender às necessidades da população, continua a ser um desafio de saúde pública (CEZÁRIO; MIALHE, 2021).

A atenção à saúde ocorre por meio de uma complexa rede de relações que criam vínculos entre os serviços, mas fragilidades na configuração da rede podem afetar o cuidado global dos usuários do SUS, o que revela também que o modelo de saúde instituído não parece suficiente se as necessidades de saúde da população brasileira, que se caracteriza por diferenças significativas no contexto regional e socioeconômico, destaca a necessidade de atenção específica em cada região (BARWALDT, 2019).

A saúde oral da população brasileira demanda de medidas pertinentes como reconhecer o papel do Estado como protetor da saúde pública, é uma prioridade urgente, apresentando objetivos de ação e mais investimentos em serviços odontológicos para os cidadãos sendo fundamental destacar que a recomendação para melhoria da Rede de Atenção à saúde (RAS), proporcionando objetivos assistenciais contínuos e integrais coordenados pela Atenção Primária à saúde (APS) (SPEZZIA ET AL., 2015).

De acordo com Barwaldt (2019), A abordagem da Rede de Saúde Oral (RASB) é orientada pela Política Nacional de Saúde Oral (PNSB), adaptada pelo Ministério da saúde Pública em 2003, que visa remodelar os cuidados de saúde oral. Mais uma vez, as Diretrizes da PNSB visam é garantir recursos para promover, prevenir, restaurar e manter a saúde bucal dos brasileiros. Tem como objetivos reorganizar as práticas e qualificar as atividades e serviços oferecidos, congregando atividades de cuidados de saúde oral dirigidas a cidadãos de todas as idades no quadro do fortalecimento do tratamento básico, cujo eixo estruturante é o acesso universal e a integralidade. cuidados com a saúde bucal (BRASIL, 2023).

Considerando o conceito mais amplo de saúde e o conceito de determinação social dos processos saúde-doença, é necessária uma abordagem integral do cuidado. Nesse sentido, a higiene bucal deve ser implementada por meio de uma ação intersetorial para oferecer esse cuidado. A base da intersetorialidade é a comunicação entre os diferentes departamentos, trocando conhecimentos, experiências, responsabilidades e procedimentos, estabelecendo comunicação, respondendo aos problemas e necessidades comuns de forma integrada e trabalhando constantemente para melhorar a qualidade de vida (CHIARI et al., 2018; SOUSA et al., 2017).

As diretrizes do PNSB recomendam a adaptação do processo de trabalho interdisciplinar ao modelo de tratamento porque as intervenções de promoção da saúde são mais eficazes quando envolvem escola, local de trabalho, empresas, mídia, indústria, governo, organizações não governamentais e outras instituições.

De acordo com estas diretrizes, parceria intersetorial significa participar em programas em diferentes áreas que afetam a saúde pública: por exemplo, educação, agricultura, comunicações, ciência e tecnologia, desporto, saúde, trabalho, ambiente, cultura e assistência social (BRASIL, 2023).

Além disso, o Conselho Nacional de Saúde estabelece que as medidas de saúde oral devem ser implementadas através de um modelo integrado de cuidados de saúde em que as medidas promocionais e preventivas sejam progressivamente integradas com medidas restaurativas e reabilitadoras. Dentre as medidas de promoção e proteção à saúde distinguimos entre a educação em saúde, a supervisão da higiene bucal e o uso tópico de flúor (BRASIL, 2023).

Portanto, as escolas tornam-se espaços importantes para trabalhar a promoção da saúde de crianças e adolescentes, por meio dos conceitos de atenção integral, colaboração transversal, promoção da saúde e compreensão de que a saúde bucal está ligada à qualidade de vida e profissionais de saúde e professores devem trabalhar juntos para incutir atitudes saudáveis nos estudantes (PEREIRA et al., 2018).

Hoje em dia, a saúde oral é uma parte importante e necessária da pessoa, sendo garantida como um direito básico da ordem pública a todos os cidadãos que dela necessitem. No entanto, existem grupos vulneráveis cuja situação socioeconômica os exclui exclusivamente dos serviços médicos, permitindo-lhes perpetuar as consequências dos seus próprios hábitos pouco saudáveis (SILVA et al., 2021).

Os cuidados dentários têm sido excluídos há muito tempo das políticas de saúde pública. Os serviços gratuitos são muito limitados e de difícil acesso. Além disso, focam apenas no tratamento e não promovem a prevenção (SPEZZIA ET AL., 2015).

A criação do SUS em 1988 foi uma tentativa de desafiar o paradigma atual, que era limitado e tinha pouco impacto na epidemiologia das doenças bucais. Contudo, apenas algumas experiências individuais conseguiram expandir o acesso e desenvolver atividades de promoção de vendas. e prestar serviços mais complexos (ROSSI, 2016).

Com base nesses resultados, em 2004, foi criado pelo governo federal uma nova Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Programa Brasil Sorridente (PBS). Esse programa consiste em “[...] medidas que visam garantir recursos para promover, prevenir e restaurar a saúde bucal dos brasileiros, entendendo que ela é essencial para a saúde e qualidade de vida da população” (BRASIL, 2023). Sua finalidade é reorganizar a prática e também qualificar as atividades e serviços prestados por meio de iniciativas de saúde bucal

voltadas à população, ampliando assim o alcance do atendimento odontológico aos brasileiros por meio do SUS (SCHERER; SCHERER, 2015).

As diretrizes da PNSB foram elaboradas para garantir a viabilidade da fluoretação das águas de abastecimento público, a reorganização da atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a prestação de serviços odontológicos especiais por meio da implantação de Centros Odontológicos diretores administrativos e laboratórios dentários regionais (LRPD) (SOUZA; MOURÃO; EMILIANO, 2022).

No final dos anos 90, a taxa de cáries dentárias nos estudantes de 12 anos e a incidência de edentulismo entre adultos era muito elevada (72% dos residentes urbanos com idades entre 50-59 anos já tinham perdido todos os dentes em pelo menos um maxilar) que deu ao Brasil a alcunha de “o país dos banguelas” (CHAVES et al. 2017).

A implementação deste programa levou à expansão dos empregos de cirurgia dentária no sistema único de saúde a nível nacional. Gabriel et al. (2020), afirma que aproximadamente 48% dos dentistas que estão cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do Brasil atendem no SUS.

O Brasil Sorridente foi provavelmente um grande motivo para esse número, porque o número de municípios que implementaram equipes orais (ESB) aumentou 118% em apenas 13 anos. Ao final de 2015, aproximadamente 90% dos municípios brasileiros contavam com 22.227 ESBs na modalidade I (auxiliar de saúde bucal e dentista) e 2.240 ESBs na metodologia II (dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal) (GABRIEL, 2016).

Os Centros Odontológicos (CEO) foram criados dentro do programa Brasil Sorridente. Esses centros consistem em serviços auxiliares de equipes orais primárias para resolução de casos complexos que requerem cuidados especiais (GALVÃO; RONCALLI, 2021). Esta política, implementada pelos governos Lula e Dilma entre 2003 e 2014, promoveu um aumento na oferta e cobertura de serviços odontológicos públicos entre 2003 e 2006, e algumas iniciativas de manutenção entre 2007 e 2010 e 2011 e 2014 (CHAVES, 2018).

Os incentivos do Brasil Sorridente permitiram que o número de ESBs aumentasse em aproximadamente 500%, levando em consideração o aumento de 617 ESBs em 2003 para mais de 25 mil ESBs em 2017, abrangendo aproximadamente 40% da população brasileira. (MOROSINI et al. 2017).

Em março de 2019, o Ministério da Saúde lançou o Previne Brasil, que era simplesmente uma nova forma de financiar cuidados paliativos. De acordo com este modelo, o desempenho do FSE é utilizado como referência para a alocação de recursos ((HARZHEIM et al. 2020).

Com a implementação da política nacional de saúde bucal, o Brasil Sorrident, além da expansão e criação de serviços odontológicos nacionais, o modelo de tratamento e as medidas em nível individual e coletivo, que incluem a promoção da saúde, das doenças, foram completamente renovadas (LUCENA; JÚNIOR, SOUZA, 2011). Chaves et al. (2018) argumentam num dos seus estudos que um modelo de tratamento curativo e mutilador ainda é utilizado em áreas públicas e ESR, especialmente em áreas remotas.

Segundo Narvai (2020), a política de saúde bucal implementada no Brasil no início da primeira década do século XXI foi bem-sucedida segundo vários critérios. Afirma ainda que também é indiscutível que o PNSB está inserido no SUS desde a sua criação e tem produzido resultados significativos. No entanto, Júnior et al. (2020) defendem que, apesar de algumas conquistas marcantes, a abrangência e o acesso aos serviços de saúde bucal até o momento não são universais no Brasil. Isso significa que muitos brasileiros ainda precisam recorrer a serviços privados ou permanecerão doentes e incapacitados.

Spezzia, Carvalheiro e Trindade (2015), afirmou que é importante que os dentistas participem ativamente na implementação das políticas nacionais para melhorar a saúde oral da população e reduzir as desigualdades, e que os recursos humanos sejam parte integrante de todas as políticas orais. Os incentivos financeiros públicos para profissionais da indústria também podem ajudar a resolver problemas como serviços não confiáveis em áreas remotas do país.

2.1.1 Redes de Atenção à Saúde

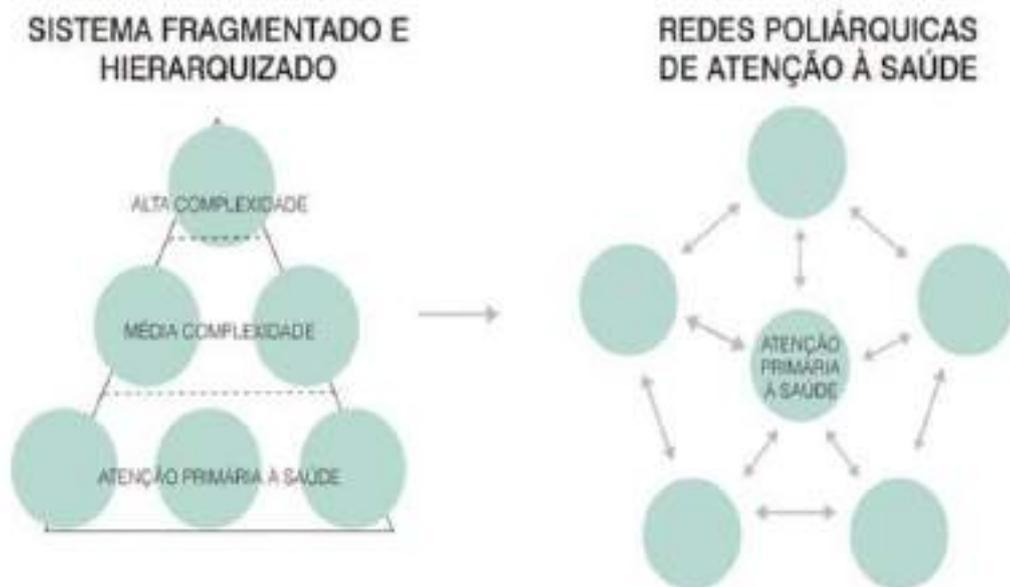
Os sistemas globais de saúde, baseados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, enfatizam a organização dos serviços em rede. De acordo com um relatório da Commonwealth Foundation, os países mais saudáveis são aqueles que oferecem cobertura universal de saúde e eliminam barreiras de custos. As boas práticas estão relacionadas aos países que investiram na atenção primária da comunidade, especialmente nas relações de saúde familiar, e reduzem a carga administrativa do sistema (SOUSA; SOUSA, 2018).

Para que o SUS funcione eficazmente, os serviços existentes devem ser organizados tendo em conta os princípios da regionalização e da hierarquia, de modo a não sobrecarregar os governos locais. Portanto, foi apresentada a proposta de criação de uma rede de saúde (RAS) para que o SUS não interrompa seu trabalho e seus serviços de saúde. O conceito de RAS já vem sendo discutido há algum tempo, mas foi introduzido oficialmente no SUS por meio de dois documentos legais. A Lei nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as

diretrizes para a gestão das redes de saúde no âmbito: do SUS e da Lei de 19 de setembro de 1990 nº. Decreto nº 28 de junho de 2011 que estabelece 8.080 (MATTA et al., 2007).

Atualmente não existe mais uma hierarquia na RAS, mas sim uma poliarquia, um sistema e uma organização como uma rede horizontal de saúde. Desta forma, produz-se uma rede horizontal de unidades de saúde com diversas tecnologias tecnológicas e sistemas de apoio, que presta cuidados contínuos e integrados a comunidades específicas. Todos os componentes ligados ao cuidado em saúde estão conectados para manter os objetivos da rede de saúde (MENDES et al., 2011). A Figura 1 mostra uma comparação entre um sistema hierarquizado e uma infraestrutura de saúde multirredes altamente conectadas.

Figura 1: Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde



Fonte: Mendes et al. (2011)

2.1.1.1 Atributos das RAS

A rede, assim como o SUS, é um trunfo para manter a ordem e a qualidade dos serviços públicos de saúde. Algumas delas incluem: Compartilhar, desenvolver relacionamentos com os usuários pelos quais você é responsável e compreender suas necessidades; Uma rede abrangente de serviços de saúde que proporcionam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e cuidados de doenças; É o primeiro nível de cuidados primários que cobre toda a população e serve de porta de entrada para um sistema que integra e coordena os serviços de saúde para satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da comunidade. Prestação de serviços profissionais nas áreas mais adequadas; a existência de mecanismos de coordenação assistencial entre os serviços de saúde; Os cuidados de saúde centram-se nos indivíduos, famílias e comunidades; Controle

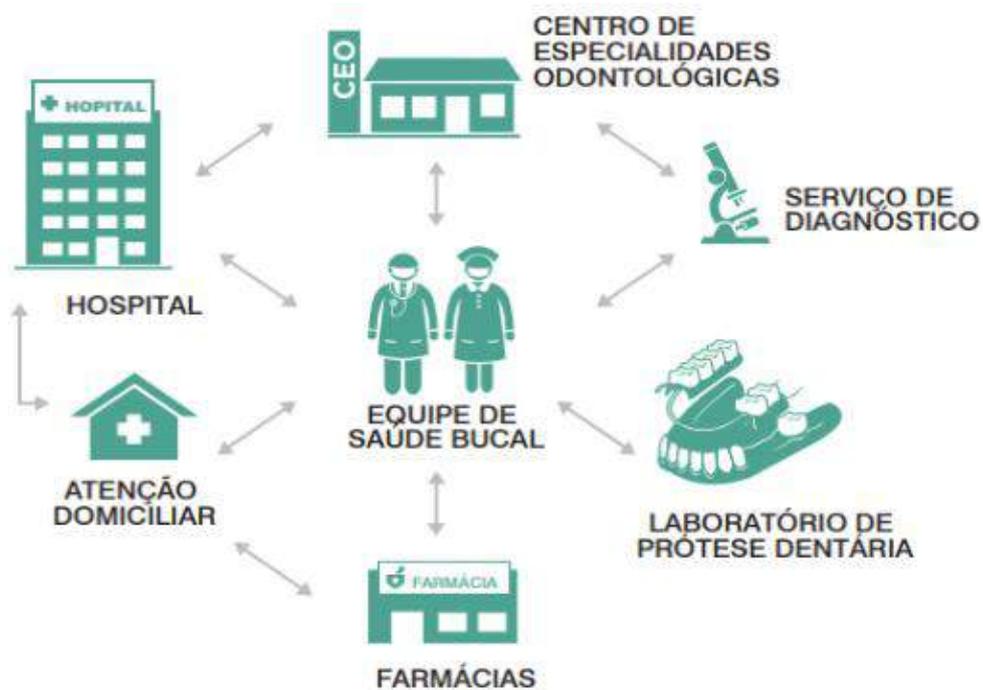
único sobre toda a rede; participação comunitária mais ampla; Um sistema integrado para garantir que todos os membros da rede de RH tenham a mesma informação, que é válida, confiável e válida; Os incentivos financeiros estão vinculados aos objetivos da rede e ao alcance dos esforços transregionais para alcançar as dimensões da saúde e da equidade em saúde (MENDES et al., 2012).

2.1.2 Redes de Atenção à Saúde Bucal

Na saúde bucal brasileira, estruturar a rede de tratamento como rede temática parece ser uma solução tanto na gestão quanto no desenvolvimento do trabalho dos cirurgiões-dentistas e das equipes multidisciplinares. Com isso, a rede oferece a integração e melhoria dos níveis de atenção à saúde bucal, proporcionando aos usuários um cuidado contínuo e integral, superando modelos de tratamento anteriores com melhorias que eram consideradas de baixa resolutividade (BRASIL, 2004).

Na rede de atenção, o processo de trabalho é organizado em níveis administrativos, o que exige uma base populacional e uma base regional de prestação de serviços. Portanto, do ponto de vista da configuração das redes de atenção, é necessária a criação de regiões de saúde, regiões e população de responsabilidade do serviço (Figura 2) (BRASIL, 2018).

Figura 2: Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASb)



Fonte: Brasil, 2018

A Figura 2 apresenta a estrutura da rede de saúde bucal (RASb), que pode ser composta por unidades básicas de saúde (UBS), centros odontológicos especiais (CEO), centros de apoio diagnóstico (CAD), unidades regionais de prótese dentária ou laboratórios. (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (BRASIL, 2018).

Portanto, a Saúde Bucal deve estar inserida na RAS para efetivamente estruturar um modelo de atenção voltado ao cuidado holístico, entre níveis sincronizados e articulados (GONDINHO et al., 2018).

Para aumentar a inclusão da saúde bucal no SUS, foi lançada em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Programa Brasil Sorridente (PBS), que inclui diretrizes para ampliar e validar a atenção à saúde bucal por meio de atividades de promoção, prevenção, apoio e reabilitação, para incluir todas as faixas etárias. Este contempla os serviços de atenção secundária por meio da implantação do CEO, garante o suporte da atenção primária e agrega unidades decisórias (GONDINHO et al., 2018).

2.2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS)

Os Centros Odontológicos Especializados (CEO) são um dos ramos de atuação da Brasil Sorridente. O tratamento dispensado pelos CEOs dá continuidade ao trabalho das equipes de saúde bucal da rede básica de saúde e dos municípios inseridos na estratégia saúde da família. Os especialistas da atenção primária são responsáveis por prestar os primeiros socorros ao paciente e encaminhar apenas os casos mais complexos para centros especializados (BRASIL, 2013a).

Para ampliar e melhorar a prestação de serviços odontológicos especiais, centros de atendimento odontológico especial (CEO) começaram a ser instalados em 2004. Como unidades de apoio à atenção primária à saúde e ao planejamento estratégico regional, o financiamento do CEO abrange governos federais, estaduais e municipais (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

O CEO deverá oferecer periodontia, endodontia, diagnóstico bucal com ênfase no tratamento especial do câncer bucal, cirurgia bucal menor e tratamento de pacientes com necessidades especiais, que formam o conjunto de serviços oferecidos nos centros, ou seja, cada centro oferece pelo menos essas especialidades. A oferta de serviços é ampliada de acordo com a classificação de cada CEO, demonstrado no Quadro 1 (BRASIL, 2011).

Quadro 1: Disposição da Estrutura para cada tipo de CEO

Dispõe só	CEO tipo 1	CEO tipo 2	CEO tipo 3
Atividades	Diagnóstico bucal com ênfase em câncer; periodontia especializada; pequenas operações em tecidos moles e duros da cavidade oral; endodontia; ajuda para pessoas com necessidades especiais.	Idem	Idem
Equipamentos e materiais	Equipamento de raios X odontológico; equipamentos odontológicos; penas de rotação alta e baixa; rotação; fotopolímero; compressor compatível com serviço; ferramentas compatíveis com os Serviços; e 3 consultórios odontológicos completos (cadeira, aparelho auxiliar, equipamento e refletor).	Todos do Tipo 1. 4 a 6 consultórios	Todos do Tipo 1. 7 ou mais consultórios
Outros recursos	O mobiliário e o espaço físico são adequados aos serviços oferecidos.	Idem	Idem
Humanos	3 ou mais cirurgiões-dentistas e 1 auxiliar por consultório odontológico. Número mínimo de pessoal de apoio administrativo – ajudante de serviços gerais, recepcionista e auxiliar administrativo.	4 ou mais cirurgiões-dentistas e 1 auxiliar por consultório odontológico. Idem	7 ou mais cirurgiões-dentistas e 1 auxiliar por consultório Odontológico Idem

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006

A portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006 define a classificação dos CEO de acordo com os recursos físico-estruturais podem ser classificados em CEO tipo 1, aqueles que possuem três cadeiras odontológicas, CEO tipo 2 os que possuem de quatro a seis cadeiras odontológicas e os CEO tipo 3, os que possuem mais de sete cadeiras odontológicas, além dos aparatos mínimos para cada centro vide quadro 1(BRASIL, 2006).

Os valores de incentivo financeiro para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos e custeio mensal dos CEO estão definidos na portaria nº. 1.341 13 de junho de 2012, conforme tabela 1, também de acordo com sua classificação, como demonstrado na tabela 2 (BRASIL, 2006; SANTANA; 2015).

Tabela 1: Valores de incentivo para implantação e manutenção dos CEO

TIPOS DE CEO	INCENTIVO IMPLANTAÇÃO	CUSTEIO MENSAL
CEO TIPO 1	R\$ 60.000,00	R\$ 8.250,00
CEO TIPO 2	R\$ 75.000,00	R\$ 11.000,00
CEO TIPO 3	R\$ 120.000,00	R\$ 19.250,00

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.341 13 de junho de 2012.

O primeiro CEO inaugurado no país foi no município de Sobral, no estado do Ceará em 27 de março de 2004. Nos primeiros quatro anos desde a criação do Brasil Sorridente foram inaugurados 675 CEOS em todo o país. Até o ano de 2012 o Brasil continha 942 Centro de Especialidades Odontológicas ativos em 773 municípios. O estado da Bahia atualmente possui 80 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo 10 centros na região do Extremo Sul, nas seguintes cidades: Alcaçoba, Eunápolis, Itamaraju, Itabela, Itanhém, Medeiros Neto, Nova Viçosa, Prado, Porto Seguro, Teixeira de Freitas (BRASIL, 2012).

2.2.1 A Produtividade no CEO e Cumprimento Geral de Metas

A avaliação da produtividade dos serviços de saúde é um fator importante no planejamento e gestão para garantir uma disponibilidade equilibrada de recursos para fazer face à complexidade da situação epidemiológica do país e controlar os custos de saúde incorridos. O interesse está aumentando devido aos problemas econômicos que o país tem enfrentado nos últimos anos (GOES et al., 2012).

A portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011 estabelece uma meta mensal de atendimento por subgrupo para cada CEO. O cumprimento das metas estabelecidas em tal portaria auxilia na modificação da categoria do CEO, a disponibilidade de recursos. Quando um estabelecimento não cumprir a meta estabelecida por dois meses consecutivos ou três meses alternados num período de um ano, a transferência de recursos será suspensa até a regularização da produção mínima estipula (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Tabela 2: Metas de Procedimentos por Especialidade e Tipo de CEO

	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Endodontia	35	60	95
Cirurgia	80	90	170
Periodontia	60	90	150
P. Básicos	80	110	190

Fonte: BRASIL (2011) - Portaria nº 1464 junho de 2011

Com sua portaria nº 1.599, de 30 de setembro de 2015, o Ministério da saúde implementou o programa que visa melhorar a disponibilidade e a qualidade dos serviços odontológicos com seu nº de decisão, que visa avaliar os serviços oferecidos pelo gerente geral com o objetivo de incentivar o alargamento do acesso e a melhoria da qualidade a fim de garantir uma nível comparável de qualidade em nível nacional, regional e local, buscando maior transparência e eficiência das medidas governamentais no campo da higiene bucal especial (BRASIL, 2015). A avaliação dos serviços de cuidados secundários de saúde no país foi realizada através da avaliação da eficiência e qualidade dos serviços prestados pelo CEO.

Herkrath et al. (2009) avaliaram o desempenho dos CEO frente a quadro sócio demográfico dos municípios do estado do Amazonas, onde constatou que a cobertura das equipes de saúde bucal não estão acompanhando os desempenho dos estabelecimentos, e evidenciou que a o desempenhos dos CEO estão diretamente relacionados com fatores sócio demográficos.

2.3 Educação em Saúde Bucal

A educação em saúde inclui medidas que focam no conhecimento das doenças relacionadas à saúde, incluindo fatores de risco e cuidados com a saúde bucal (MENDES et al., 2017). O conhecimento de boas práticas leva à introdução e modificação de hábitos e à adoção de novos valores relacionados à manutenção de um estilo de vida saudável, à melhoria da qualidade de vida e à prevenção de doenças (TOKAIRIN et al., 2020).

Os hábitos adquiridos precocemente se repetem ao longo da vida, o que enfatiza a importância fundamental da educação adequada em saúde bucal (SANTOS, 2020). As crianças em idade pré-escolar são consideradas o principal público-alvo da educação em saúde porque são fáceis de mudar e adotar novos hábitos e estão na melhor fase de aprendizagem (GARBIN et al., 2012).

Os cuidados de saúde no contexto familiar têm-se constituído como uma importante estratégia de adaptação aos sistemas de saúde atuais, especialmente para o fortalecimento dos cuidados de saúde primários e a melhoria da qualidade de vida. Porque a família é um ambiente educativo para pessoas que conhecem as próprias necessidades (MASSONI et al., 2010).

As avaliações da qualidade de vida relacionadas à saúde bucal das crianças refletem as percepções dos pais sobre a saúde bucal, o que pode melhorar a comunicação entre pacientes, pais e outros equipas odontológicas (LIBERATTI et al., 2016). As estratégias educativas são importantes para os pais de crianças pré-escolares, e os comportamentos parentais relacionados à saúde bucal afetam o número de cáries na boca da criança (GARBIN et al., 2015).

Compreender a ocorrência das doenças bucais, quais as suas causas e sintomas, como restabelecer e proteger a saúde oral e conhecer as recomendações de prevenção e tratamento do dentista ajudará a pessoa a decidir se é benéfico para a saúde. Essa atitude beneficia os adultos, mas também beneficia as crianças, pois os adultos são responsáveis por criar e manter hábitos saudáveis que favoreçam o crescimento e o correto desenvolvimento dos dentes infantis (BARASUOL, J. C. et al., 2016).

É importante que os programas de promoção da saúde oral da população, especialmente das crianças, não só esperem muito tempo, mas também se ajustem às condições sociais, económicas, financeiras e culturais da população que acompanham. A tendência contínua é a mudança de hábitos e atitudes em relação à saúde bucal. Além dos professores, os profissionais de saúde, principalmente os dentistas, devem assumir a responsabilidade como mediadores da aprendizagem, e educar a comunidade de forma divertida e prazerosa (VALARELLI, 2011).

2.4 Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados

O termo acesso aos serviços de saúde é empregado como ato de ingressar; entrada, ou como sinónimo de acessibilidade para apontar o grau de normalidade com que as pessoas alcançam os cuidados de saúde (NAKAMURA et al., 2019; TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Há variações em relação ao enfoque do conceito, que pode estar centrado nas características dos indivíduos ou nas características das ofertas dos serviços, bem como na relação entre ambos: indivíduos e serviços ofertados (VIANA et al., 2019).

O acesso não se limita ao uso ou não do serviço de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais com a tecnologia disponível para atender às necessidades de saúde dos

pacientes. O acesso é uma característica da oferta de serviços importantes que explicam o padrão de utilização de serviços de saúde (NAKAMURA et al., 2019; SILVA e GOTTMENS, 2017).

A imprecisão no conceito do termo “acesso” interfere diretamente sobre a análise do acesso aos serviços de saúde bucal. O acesso e utilização do serviço são questões distintas, e as desigualdades no acesso à saúde bucal refletem negativamente sobre o uso do serviço (SILVA; GOTTMENS, 2017; VIANA et al. 2019).

De acordo com a WHO, o acesso ao serviço de saúde, de forma limitada, impacta nas condições de saúde do indivíduo do mesmo modo que a falta de promoção da saúde e programas de prevenção, incluindo a saúde bucal. Nos levantamentos epidemiológicos mundiais a *World Health Organization (WHO)* configura o acesso ao serviço de saúde baseando-se na entrada ou visita ao profissional de saúde pelo indivíduo com o questionamento: “consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida – Sim/Não” (WHO, 2012).

Este pressuposto também foi usado no Brasil durante a pesquisa de saúde bucal SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012). O acesso público ao serviço de saúde bucal no Brasil, ao longo dos anos, restringiu-se quase que completamente aos serviços básicos, com demanda praticamente centrada na atenção primária, ainda assim de forma restrita (SILVA e GOTTMENS, 2017).

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem como princípio buscar o acesso universal para a assistência odontológica e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida. Devem ser realizadas ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa. Além disso, esse cuidado deve assumir a seriedade por todas as condições de saúde da população de um estipulado espaço geográfico (BRASIL, 2011; 2012; 2018).

No Brasil, a assistência à saúde das pessoas com doenças raras é prestada por meio de atenção primária, atenção domiciliar e atendimento ambulatorial e hospitalar. A atenção primária é uma porta de entrada para pessoas e suas famílias que necessitam de tratamento para doenças raras através de unidades de atenção primária, equipes de saúde da família e centro ampliado de saúde da família (NASF). Por meio dessas redes de atenção, as pessoas recebem atendimento multidisciplinar e tratamento adequado de acordo com suas condições específicas (BRASIL, 2011; 2014).

No Brasil, são inúmeros os problemas na atenção primária de saúde com relação ao acesso aos serviços (CAMPOS et al., 2014). Sobre os cuidados odontológicos, a dificuldade é

percebida fortemente pelos pais de crianças com necessidades especiais. Ao avaliarem as condições de saúde bucal de pessoas com deficiência, estudos nacionais verificaram a prevalência alta de doenças bucais nesses indivíduos em comparação com indivíduos sem necessidades especiais. Conseqüentemente, há uma grande necessidade de tratamento odontológico por parte desses indivíduos (CARNEIRO et al., 2017).

2.5 Problemas sociais e pobreza

Para compreender o significado dos problemas sociais, é preciso compreender que se trata de um marco da teoria social crítica que vem do sistema de dominação e não pode ser separado do processo de acumulação e do seu efeito sobre o trabalho. A imposição de impostos sobre as condições de trabalho dos trabalhadores e do Estado na sociedade burguesa não é um fenômeno novo. Segundo Yamamoto (2010), o discurso do problema social é diferente no mundo marxista porque seu primeiro aparecimento remonta a 1830. Mas o significado de sua interpretação é explicado no cerne da análise de Marx.

Para Netto (2001), toda a literatura sobre esse tema mostra que a história do problema social tem uma história recente. O termo remonta a 170 anos e surgiu na década de 1830. Parece que esta história representa um dos acontecimentos mais marcantes da história da Europa Ocidental, a pobreza, no que diz respeito aos efeitos da primeira onda de industrialização que começou na Inglaterra. final de 1800 é a forma mais próxima de formação de capital (NETTO, 2001, p.42).

O mal da pobreza foi chamado de pauperismo, que está intimamente relacionada com o contexto socioeconômico criado pelo sistema capitalista. A designação da pobreza como um “problema social” baseia-se numa visão positiva da derrubada da ordem burguesa. Portanto, segundo Netto (2001), o desenvolvimento dos capitalistas tende a criar “problemas sociais”. Diferentes aspectos do capitalismo produzem diferentes descrições de “problemas sociais”, que não são nem adjetivos nem sucessores a curto prazo do sistema capitalista.

Segundo Yamamoto (2017), as estratégias de resolução dos problemas sociais devem ter caráter global e democrático, e os métodos de trabalho consistem em estabelecer processos de gestão social intimamente relacionados com a participação da população na sua aplicação, desenvolvimento e implementação. Recursos públicos e políticas sociais. Significa a partilha de poder e a existência de outra ordem corporativa. A segunda estratégia é expressar a política social dentro da comunidade social organizada e reforçar a necessidade de proteger as instituições coletivas, os direitos sociais e as organizações. E em terceiro lugar, a continuação do trabalho de base, recorrendo a um tripé estratégico para o fortalecer, baseado na educação,

na mobilização e na organização popular, expressa numa qualidade política participativa, onde a ação coletiva se realiza no campo do conflito e da construção social.

A desigualdade social reside nas relações produtivas dos trabalhadores, e as classes sociais e as respostas que produzem, tal como as políticas sociais, são expressas de muitas maneiras através dos problemas sociais. E a remoção de um grande número de indivíduos da força de trabalho aumenta a força de reserva industrial e a emergência de um grande número de pessoas. A classe explode em todas as formas e os problemas sociais tornam-se aparentes, Com o medo (burguesia) de um lado e a falta de vontade (proletariado) do outro, uma das principais consequências é a pobreza, que será discutida no item a seguir (PIMENTEL, 2012).

2.5.1 A pobreza no Brasil

A pobreza no Brasil foi exacerbada pelo modelo de desenvolvimento adotado após a industrialização desde a década de 1930, e o país agrícola passou por mudanças significativas em seus padrões de acumulação. Donos da tecnologia e da inovação, muitos trabalhadores começaram a ficar desempregados, obrigados a deixar suas terras e ir para as cidades em busca de trabalho, renda e outros meios de sobrevivência (SILVA, 2011).

As mudanças nos métodos de produção, a introdução da tecnologia e as mudanças nos padrões de acumulação constituem um contexto de pobreza e exclusão, que começam a perturbar a dinâmica familiar e a aumentar a desigualdade e a incapacidade de superar os problemas familiares. A crise leva à perda de empregos, à diminuição dos rendimentos e ao aumento do desemprego, da pobreza e da depressão. O afastamento da tecnologia e o aumento do desemprego provocam o aumento da criminalidade e da violência (PASTORINI, 2016).

Neste contexto, a pobreza não é mais entendida como um incidente policial, mas como uma situação estrutural resultante do processo de industrialização. Tradicionalmente, o estado de pobreza era entendido como natural, inevitável e pertencente a uma parte importante, senão à maioria, da humanidade, mas tornou-se uma preocupação de governantes e investigadores de fenómenos económicos e demográficos apenas quando os pobres de alguma forma partiram ou faliram. . . de sua posição de adaptação tradicional e tornou-se uma ameaça à ordem estabelecida (SCHWARTZMAN, 2007).

Segundo Yazbek (2016), a violência da pobreza faz parte da vivência cotidiana da realidade brasileira contemporânea. Qualquer mudança que ocorra no sistema de capital deixará externalidades para as populações pobres.

A falta de qualidade do trabalho, as condições de vida precárias e insalubres, a má alimentação, o desconhecimento, o cansaço e a resignação são alguns sintomas da limitação

da vida das famílias pobres e subalternizadas da sociedade. É também um sinal da capacidade da sociedade para tolerar a pobreza sem intervir adequadamente para a reduzir ou eliminar (YASBECK, 2016).

A autora citada destaca que a denegrição da pobreza e a subjugação de milhares de famílias no Brasil contribuem para a despolitização do problema e colocam aqueles que vivenciam a pobreza em uma posição social definida pela marginalização.

2.6 Etiologia do edentulismo e Indicações, limitações e cuidados no uso de próteses

A cárie dentária é considerada o principal motivo de extração e substituição dentária, seguida pela doença periodontal. Além disso, os valores culturais e comportamentais são importantes, pois o paciente e o profissional desejam que o dente seja extraído, mesmo que seja possível o aproveitamento do dente (CIMÕES et al., 2007).

Observou-se que as extrações decorrentes de lesões de cáries graves ocorrem em pacientes com pouca escolaridade e baixa renda, o que se diz estar relacionado à situação econômica, podendo-se concluir que o nível de conhecimento influencia no uso de prótese (CHOUDHAR et al., 2016).

Estudos têm demonstrado que o uso de próteses está frequentemente associado à idade, ao sexo, ao baixo nível educacional e econômico e à falta de acesso ou utilização de serviços odontológicos (MALLMANN, 2012; MIOTTO, 2012; CHOUDHAR et al., 2016; AZEVEDO, 2017). Além disso, constatou-se que o gênero e o estado civil têm maior impacto nas percepções de saúde do que a escolaridade e a idade (ROSENDO et al., 2017).

A restauração completa da arcada pode não proporcionar benefício funcional aos pacientes conforme esperado pelos profissionais. Pacientes com arcadas dentárias reduzidas descobrem que não têm problemas com a capacidade de mastigar e que o desconforto é mínimo. Eles não devem ser incentivados a usar prótese parcial removível (PPR). Se os pré-molares estiverem presentes, não há risco de articulação temporomandibular (ATM). Basta ter pelo menos quatro unidades oclusais, de preferência simetricamente. Cada caso deve ser avaliado separadamente, considerando que a OMS recomenda uma meta de vida de pelo menos 20 dentes (ARMELLINI; FRAUNHOFER, 2004; SELAIMEN, 2011).

Porém, Ribeiro et al. (2011), analisando dados do SB Brasil, concluíram que apenas 3% dos idosos apresentavam função mastigatória adequada. O alto edentulismo prevalecia no país, principalmente entre as mulheres. O uso de próteses em idosos ainda é baixo comparado à necessidade alegada (MORENO et al., 2016; SIMOES; CARVALHO, 2011). As próteses corretamente projetadas melhoram a mastigação, no entanto, não dispensam a necessidade de

orientação dietética e monitoramento pós-colocação (DE ANDRADE, 2009). O acompanhamento dos pacientes que recebem implantes dentários durante o período de adaptação funcional pode reduzir o número de desistências. A maior parte do desgaste da prótese ocorre nos primeiros meses após a instalação. (SILVA et al., 2011).

2.6.1 O uso de prótese e a relação com saúde geral

O uso da prótese total com seu estado de conservação e higienização precária é fator de risco à colonização bacteriana, tendo relação com a ocorrência de leveduras do gênero *Cândida*, ajudada pela xerostomia, sendo que nenhuma outra condição sistêmica mostrou correlação com estes aspectos microbiológicos (MARQUETI et al., 2011). Há relação positiva entre pobre higiene oral e presença de estomatites relacionadas a prótese (EVREN et al., 2011).

A higiene bucal mecânica reduz, aproximadamente, 9% do risco de mortalidade por pneumonia (SJÖGREN et al., 2008). A manutenção da saúde oral e função mastigatória tem efeito positivo na saúde geral, sendo que dificuldade de mastigar e perdas de dentes severa tem associação com mortalidade aumentada (FURUTA et al., 2018).

Não estando em boas condições, as próteses também podem mudar hábitos alimentares, o que provoca aumento dos problemas digestivos devido à apresentação insuficiente do bolo alimentar. Mudar para uma dieta mais leve para resolver o problema pode piorar o estado nutricional dos idosos, especialmente daqueles que estão em instituições (DIAS-DA-COSTA et al., 2010).

Estudos mostram que as condições bucais dos idosos quase sempre são frágeis, e podem comprometer o estado nutricional, há maior risco para baixo peso em idosos que utilizavam próteses totais duplas, comparados com aqueles com dentes naturais (COUSSON et al., 2012). São feitas tentativas para manter a nutrição, mas alterações na capacidade de mastigação e alterações na percepção do sabor e da textura podem prejudicar o estado nutricional. Idosos com peso corporal normal avaliam sua saúde bucal como melhor (CAMPOS et al. 2014).

Mas pessoas idosas com boa saúde física têm melhor capacidade mastigatória, o que está relacionado com a eficiência do músculo masseter (GASZYNSKA et al., 2014). A mastigação é difícil devido à tensão muscular, coordenação motora, edentulismo e redução da adaptação da dentição, sendo preferidos alimentos pastosos. O trabalho multidisciplinar com a

fonaudiologia para minimizar os efeitos do envelhecimento é essencial (OLIVEIRA et al., 2014).

Uma recente revisão sistemática apontou vários fatores para a desnutrição como idade, fragilidade em institucionalizados, excesso de medicamentos, declínio geral de saúde, doença de Parkinson, constipação, declínio cognitivo, demência, falta de interesse na vida, baixo apetite, disfagia e institucionalização (FÁVARO et al., 2017). Sendo que em outro estudo a demência esteve associada de forma mais importante que a falta de dentes a má nutrição (ZIEBOLZ, et al., 2017)

Goiato et al. (2005) sugerem que pacientes idosos necessitam de melhor ventilação devido aos rebordos alveolares menores, mucosa menos elástica e tônus muscular reduzido. A diminuição da salivação ocorre à medida que o paciente envelhece, causando dor, queimação na boca, dificuldade para engolir, falar e mastigar, diminuição do paladar e rigidez da língua na base da prótese e má retenção, também contribui para a formação de lesões na cavidade oral.

Além disso, a ingestão média de medicamentos pelos idosos é de 1,7 diferente, o fluxo salivar diminui quando a quantidade do medicamento aumenta, levando à baixa salivação. A dificuldade de deglutição dos alimentos pode ser pelo uso de medicamentos. Uso prolongado de drogas terapêuticas, interferindo no processo de digestão, absorção e metabolismo de nutrientes podem acarretar desnutrição nos idosos e desencadear anorexia (CATÃO et al., 2012; PAULA et al., 2014). Por outro lado, doenças como hipertensão, diabetes, transtornos neurológicos e depressão podem causar destruição progressiva de parênquima glandular e xerostomia dificultando a adaptação da prótese (LEWANDOWSKI et al., 2014).

2.7 Desigualdades em Saúde Bucal

Estudos populacionais têm demonstrado, desde o início das observações, que as condições de saúde seguem um gradiente social: quanto maior a posição social melhor a condição saúde, ou seja, a pobreza em seus mais diversos aspectos é um indicativo de pior condição de saúde. Este fenômeno mundialmente difundido é intitulado “gradiente social em saúde” e demonstra o modo como a saúde é sensível a fatores sociais e econômicos, permitindo a identificação dos determinantes da saúde na população, norteando a formulação de questões científicas e a reformulação de políticas públicas (MARMOT, 2011).

O status social está ligado à saúde, não apenas pelos efeitos físicos diretos da exposição a melhores ou piores condições materiais. Envolve também, a questão da posição

do indivíduo na hierarquia social onde a experiência das pessoas de status superior e dominante difere daquelas de status inferior e subordinado, soma-se a isto o processo de estigmatização e exclusão dos indivíduos mais próximos da base da hierarquia social (WILKINSON, 2011). Neste sentido, a desigualdade em saúde pode ser conceituada como uma distribuição desigual do acesso a bens e serviços em um determinado nível de saúde, que está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social (BARATA, 2013).

Na área da saúde bucal, as desigualdades em saúde se apresentam ainda mais marcantes, consistindo em uma dificuldade atual que demanda de esforços e investimentos em políticas públicas para a sua superação. Nas últimas décadas observou-se no Brasil uma redução na severidade da cárie dentária, doença bucal de maior relevância na área da saúde bucal coletiva. Entretanto, apesar do declínio na severidade da doença, permanecem as iniquidades na distribuição da cárie dentária com forte influência dos fatores socioeconômicos (NARVAI, 2020).

Estudos têm evidenciado as iniquidades em saúde bucal persistentes no Brasil, em um fenômeno conhecido como “polarização da experiência de cárie” (ANTUNES et al., 2016). Ao avaliar a severidade do ataque da cárie dentária em escolares entre 1980 e 2003, observou-se a redução de 61,7% do Índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), entretanto 20% da população de escolares passou a concentrar 60% da carga de doença. Quanto a severidade de cárie em adolescentes, entre os anos de 2003 e 2010, observou-se uma redução significativa na prevalência e severidade de cárie dentária. Por outro lado, as desigualdades na prevalência e severidade da cárie dentária relacionadas a renda e educação aumentaram significativamente no período avaliado (RONCALLI et al., 2015).

Além das desigualdades em nível individual, observa-se associação entre cárie dentária e indicadores socioeconômicos em nível municipal, onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) esteve fortemente associado a severidade e prevalência de cárie dentária ao analisar os fatores associados ao declínio da cárie dentária em crianças no Brasil entre 1996 e 2010. O que indica que a manutenção de bons níveis de desenvolvimento humano, incluindo melhor educação, renda e longevidade, está relacionado ao avanço dos níveis de saúde oral em crianças aos 12 anos no Brasil (RONCALLI et al., 2016).

Outros agravos relacionados à saúde bucal também estiveram associados à posição socioeconômica. Com relação ao edentulismo, observou-se que a reabilitação com próteses dentárias esteve fortemente associada com a posição socioeconômica de idosos. Onde aqueles com menor condição socioeconômica possuem maiores necessidades de uso de prótese

dentária e menor prevalência de uso de próteses. Em nível municipal, uma pior condição também esteve associada ao menor IDH (PESSOA et al., 2017). Com relação à doença periodontal, achados demonstram que a prevalência da forma grave da doença em adultos esteve associada a maiores níveis de desigualdade de renda nos municípios (VETTORE et al., 2013).

Persistem, também, as desigualdades no acesso a saúde bucal em nível individual. Estudos mostram a presença de iniquidades na assistência odontológica segundo a posição socioeconômica, onde indivíduos com melhor condição apresentam maior possibilidade de receber assistência odontológica imediata ao longo da vida (TEIXEIRA et al., 2018).

Em relação ao uso frequente de serviços odontológicos, as mulheres com maior escolaridade, maior renda e melhor autoestima em relação à saúde bucal apresentaram maior probabilidade de utilizar serviços odontológicos em comparação aos homens com menor escolaridade e aos pobres. (MACHADO et al., 2012).

2.8 Dificuldades de Acesso a Prótese Dentária na Rede de Saúde Pública

O uso de próteses dentárias exige cuidados, principalmente para os idosos, pois elas devem ser trocadas regularmente, verificadas quanto ao encaixe e limpeza, e caso não caibam é fator de risco para câncer bucal. Portanto, é importante que o sistema odontológico nacional seja responsável pela qualidade das próteses fornecidas aos usuários, além do ajuste e manutenção. (BATISTA-DUARTE et al., 2021).

Em relação à prótese dentária, de acordo com dados do projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil 2010), para o grupo etário de 65 a 74 anos, 63,1% dos indivíduos analisados utilizavam prótese total, 7,6% utilizavam prótese parcial removível e 3,8% usavam uma ponte fixa. Quanto à necessidade de prótese, na faixa etária de 65 a 74 anos, 92% apresentavam necessidade de próteses dentárias. Cerca de um quinto dessas pessoas necessitava de próteses parciais em ambos os maxilares, com a maior necessidade registrada no Nordeste (26,0%) e a menor no Norte e Sul (15,4% e 14,3%, respectivamente). A necessidade de próteses totais para ambos os maxilares foi indicada por 17,9% dos participantes pesquisados, com a maior proporção na região Norte (23,4%) e a menor na região Sul (14,3%); 15,4% tinham necessidade de próteses completas em ambos os maxilares, sendo a maior necessidade na região Norte (17,6%) e a menor na região Sul (6,9%) (BRASIL, 2010).

manutenção das próteses dentárias é essencial, especialmente para os idosos, uma vez que é necessário substituí-las regularmente, garantir sua adaptação e higienização, pois, se mal ajustadas, podem representar um risco para o desenvolvimento de câncer bucal. Dessa

maneira, é fundamental que os serviços de saúde bucal públicos garantam não apenas a colocação e conservação, mas também a qualidade das próteses fornecidas aos pacientes (BRASIL, 2010; BATISTA-DUARTE, 2021).

Quando são criados serviços de saúde ou introduzidos novos métodos nos serviços gerais de saúde dentária nas APS, é necessário determinar como essas mudanças irão beneficiar a população. Avaliar exemplos de políticas públicas implementadas e verificar se os investimentos impactaram a vida das pessoas. Em 2021, existia 31.821 grupos de saúde bucal (ESB) no Brasil, o que corresponde a 56,61% da população. E segundo o Ministério da Saúde, em 2020 os serviços odontológicos do SUS receberão incentivos de mais de R\$ 128 milhões. Além disso, a cobertura de saúde bucal no Brasil é limitada e a demanda por atendimento odontológico, como equipamentos odontológicos, é sobrecarregada por grupos de trabalho e APS. (BRASIL, 2020; MEDEIROS, 2015).

Por isso, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) foi criado em 2011 com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada ao cidadão por meio de estratégias de motivação de gestores e equipes (BRASIL, 2022).

Foram três ciclos no PMAQ, no segundo ciclo a avaliação foi feita em 2013/2014 e no terceiro ciclo em 2018. Para participar do PMAQ o município e a equipe que desejava avaliar tinham que se cadastrar no Ministério da Saúde. Foram avaliados no PMAQ os seguintes pontos: satisfação dos usuários; avaliação profissional; funcionamento e monitoramento da unidade de saúde bucal; entre outras coisas, que formava a classificação final da unidade de saúde de acordo com o desempenho alcançado e acrescentava um incentivo financeiro (BRASIL, 2022).

Em 2017, foram introduzidas alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluindo novas modalidades de grupos de atenção primária. Assim eram denominadas as equipes de APS: Equipe de Saúde da Família (ESF); Equipe de Atenção Básica (EAB); Equipe de saúde bucal (ESB); Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); e Estratégia da Força de Trabalho Comunitária de Saúde (EACS). Assim, o PMAQ, instituído em 2011, em seu terceiro ciclo, será afetado pelas alterações da PNAB de 2017. Entre essas mudanças estão questões específicas do PMAQ para a ESB, incluindo o acesso a cuidados protéticos (BRASIL, 2017).

Assim, no segundo ciclo, as fases de fusão e Contratualização/Recontratualização da eAB e eSB ocorrem separadamente. A eAB poderia participar sozinha, mas a eSB só participaria se a eAB vinculada participasse. No terceiro período, a fusão e a negociação/recontratação conjunta só poderão ocorrer se AB e eSB participarem

conjuntamente, caso em que um não poderá participar sem o outro (CAVALCANTI e FERNANDEZ, 2020).

Nos dados deste estudo, verifica-se que o número de UBS que aderiram ao PMAQ no terceiro ciclo foi superior ao do segundo ciclo. Em 2019, eram 26.655 equipes de Saúde Bucal (eSB) presentes em 5.043 municípios brasileiros. Dessa forma, demonstra-se que o PMAQ-AB teve boa adesão por parte dos municípios participantes. E, principalmente devido às mudanças na Pnab de 2017 e, conseqüentemente, no terceiro ciclo do PMAQ-AB, maior número de procedimentos relacionados à prótese dentária foram inseridos (BRASIL, 2022).

Este estudo mostra que a distribuição geográfica dos serviços do círculo odontológico na região do SUS é desigual e de disponibilidade limitada devido à demanda da população por restauração protética. Dados do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica mostram que apenas 43% das equipes de saúde bucal (ESBs) do país praticam prótese dentária, a maioria deles nas regiões Nordeste (33,9%) e Sudeste (33,6%) (AGUIAR e CELESTE, 2015; RIBEIRO et al., 2016).

O Laboratório Regional de Prótese (LRPD) é uma unidade que presta serviços de próteses totais, próteses parciais removíveis e/ou próteses coronárias/intrarradiculares e fixas/adesivas. O Ministério da Saúde repassa recursos mensais aos municípios/estados para produção de próteses dentárias de acordo com a área de produção: 20 a 50 próteses por mês: R\$ 7.500,00; Próteses 51-80/mês: R\$ 12.000,00; Próteses 81-120/mês: R\$ 18.000,00; Mais de 120 próteses por mês: R\$ 22.500,00; qualquer município do Brasil pode solicitar LRPD ao Ministério da Saúde conforme SES/MG nº 6.945/2019 (BRASIL, 2021).

A implantação de Laboratórios Regionais De Prótese Dentária (LRPD) nas cidades é uma importante estratégia para a assistência odontológica integral conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Porém, apesar da grande demanda por equipamentos odontológicos, apenas 1.477 cidades no Brasil são certificadas pelo LRPD, representando 27% das cidades do Brasil (BRASIL, 2015).

Em geral, o tratamento restaurador é bem visto entre pacientes e usuários de próteses totais, bem como entre pacientes parciais e usuários de extrações parciais (IRALLA REZENDE et al., 2011). Isso porque, sem aparelho, surgem problemas para comer, falar, dores e vergonha. Embora esses idosos tivessem perdido todos os dentes, o mais importante era que eles tivessem um bom formato arredondado e funcionassem adequadamente sem problemas (CORRÊA et al., 2016).

Ao final do tratamento odontológico, os pacientes são encaminhados os CEO para reabilitação com próteses removíveis (Quadro 2).

Quadro 2 - Protocolos Comparativos para Reabilitação Oral Removível (AB/CEO)

Prótese total (PT) e prótese parcial removível (PPR)

Destaca-se a importância da implementação da oferta de PT e PPR na AB, o que ajuda a reduzir as filas nos CEO da região e até nos operadores, que são apenas uma referência para o concelho. Experiências bem-sucedidas mostram que acordar uma oferta com os profissionais da rede e treiná-los são essenciais para o sucesso da iniciativa. Portanto, a oferta deve ser feita tanto à AB quanto aos CEOs.

Critérios de encaminhamento:

- Avaliar alterações na forma normal e margens regulares e realizar todos os procedimentos necessários (remoção de raízes residuais, raspagem coronal supragengival e subgengival - para periodontite leve e moderada, mobilização coronal e tratamento de cárie dentária), preparar previamente a cavidade oral para confecção de próteses totalmente removíveis (PRT ou PRP).

Se houver suspeita de tumor ou câncer, se houver crescimento de tecido mole, crista torta ou dente pilar que necessite de tratamento endodôntico, recomenda-se uma consulta de semiologia ou cirurgia oral, dependendo do caso endodôntico.

- Para criar um PPR, o usuário deve indicar que após a conclusão de todos os processos AB e/ou operações especiais, a prótese está pronta para ser criada. Se você tiver uma prótese anterior, os tecidos moles serão tratados e restaurados conforme necessário.
- Não deve ser oferecido a pacientes com dentes em **extrusão** ou que necessitem de uma coroa permanente para apoiar o PPR.

Fonte: BRASIL. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, 2018

Guimaries et al. (2017) reconhecem os desafios que os governos locais enfrentam na implementação e manutenção de laboratórios protéticos regionais (LRPDs) e dos governos locais que autorizaram LRPDs. Para tanto, foram selecionados 317 governos locais a partir de uma amostra estatística, divididos em três grupos: I - municípios que não credenciaram LRPD (68%), II - municípios cujos LRPD foram retirados por falta de serviços ou baixa produção. (6%), III - municípios que credenciaram o LRPPD e os mantiveram até outubro de 2014 (26%).

Os relatórios são então enviados à diretoria de saúde do município para coletar informações sobre os motivos da certificação ou revogação da LRPD e outras variáveis

relacionadas à saúde bucal. A razão mais comum (65%) para a implementação inadequada ou não da LRPD foi a falta de pessoal qualificado, incluindo técnicos dentários, para prestar serviços de restauração dentária. Esses fatos indicam que é necessário um investimento na formação em DPT para atender às necessidades de reabilitação oral da população. Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde, políticas eficazes de recursos humanos são importantes para a implementação do SUS (LISBOA, 2023).

No entanto, o maior desafio enfrentado pelas cidades do Grupo III (54%) onde os LRPD foram registrados foi a manutenção dos laboratórios devido à falta de fundos. A presença da LRPD é esperada em cidades com mais de 10 mil habitantes. Outra questão citada por esse grupo é a necessidade de formação técnica dos cirurgiões-dentistas (CD) para atuarem na área de reabilitação. Portanto, era necessária uma estratégia de coordenação de competências entre profissionais de CD e TPD para melhorar a prestação de serviços de reabilitação oral. Além disso, os desafios enfrentados pelos municípios que cadastram a LRPD, como a falta de planejamento orçamentário, de documentos oficiais e de coordenação de saúde bucal, mostram a necessidade de uma melhor gestão do correto funcionamento do serviço. (GUIMARÃES, 2017)

A implantação de laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) nas cidades é uma importante estratégia para a assistência odontológica integral conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004). Porém, apesar da grande demanda pela entrega de medicamentos odontológicos, apenas 1.477 cidades no Brasil são autorizadas pela LRPD, representando 27% das cidades do Brasil (BRASIL, 2015). Portanto, o fortalecimento, a criação e a manutenção da LRPD devem estar vinculados às políticas públicas de saúde para o fornecimento de aparelhos odontológicos na atenção básica e na atenção especializada.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde bucal é um importante indicador da saúde geral, mas infelizmente o tratamento odontológico ainda é visto como uma opção indesejada. No Brasil, apenas cerca de 50% da população tem acesso a atendimento odontológico adequado, devido à falta de políticas públicas que incentivem o tratamento.

A falta de acesso a cuidados dentários é um problema complexo relacionado com fatores sociais, culturais e econômicos. No entanto, o maior impedimento ao atendimento odontológico é o alto custo do tratamento.

Na ausência de políticas públicas que incentivem o atendimento odontológico, este é um problema sério que precisa ser enfrentado. Cuidar da saúde bucal é importante para prevenir doenças graves. Porém, a falta de políticas públicas que promovam a assistência odontológica é um grande problema que atinge muitas pessoas. Para garantir uma boa saúde bucal é importante fazer exames e acompanhamento profissional. Portanto, é importante que as autoridades públicas estejam envolvidas no atendimento odontológico.

Embora o atendimento odontológico seja caro, é importante lembrar que a prevenção é a melhor estratégia para prevenir doenças crônicas a curto e longo prazo. Muitos problemas de saúde bucal podem ser diagnosticados precocemente com tratamento profissional. Isso ajudará a tratar e prevenir muitos outros efeitos negativos que podem afetar não apenas a sua saúde bucal, mas também a sua saúde geral.

Mas, em muitos casos, a falta de acesso a cuidados dentários é um grande obstáculo para as pessoas de baixos rendimentos. Portanto, o Ministério da Saúde e os governos locais devem estabelecer políticas públicas para incentivar o atendimento odontológico. Além disso, a realização de programas de conscientização sobre a importância do atendimento odontológico pode auxiliar na redução de doenças bucais.

Muitas pessoas ainda não sabem que negligenciar a saúde bucal pode trazer consequências graves para a saúde bucal. A falta de uma política nacional para promover os cuidados dentários, especialmente nas zonas mais pobres, é um grande problema que precisa de ser resolvido. Sem tratamento adequado, as pessoas convivem com dores constantes, inflamação dos tecidos bucais, desconforto e risco de contrair infecções bacterianas. Se não forem tratadas, as doenças bucais podem evoluir para graves problemas de saúde que têm impedido o uso de medicamentos e até mesmo cirurgias.

Portanto, é importante tomar medidas para garantir que as pessoas tenham acesso a cuidados dentários, tais como expandir a prestação de serviços dentários públicos, promover programas de cuidados dentários e de prevenção de doenças orais e aumentar a sensibilização do público para a saúde oral. As ações públicas que promovem a assistência odontológica são, sem dúvida, fundamentais para o bem-estar da população e podem gerar economias significativas no longo prazo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR VR, CELESTE RK. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2015;20(10):3121-8. doi: 10.1590/1413-812320152010.18212014.

ARMELLINI, D; FRAUNHOFER, J.A. **The shortened dental arch**: a review of the literature. *J Prosthetic Dent*. 2002;92(6):531-5. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2004.08.013>

BARASUOL, J. C. O alfabetismo em saúde bucal como fator preditor de ansiedade odontológica em pais de crianças submetidas a tratamento odontológico [**dissertação**]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Faculdade de Odontologia; 2016.

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. **Temas em Saúde collection**. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Saúde credencia 1,8 mil Equipes de Saúde Bucal com horário diferenciado** [Internet]. 2020. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/10157>. Acesso em: 08 mar. 2024

BRASIL. **DATASUS tecnologia da informação a serviço do SUS**: notas técnicas. Ministério da Saúde, [S.l.], 01 maio 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qmgm.def>. Acesso em: 05 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **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. Diário Oficial da União 2000. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 267/GM** de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 14.572**, de 8 de maio De 2023. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114572.htm. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011**. Altera o anexo da Portaria n. 600, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Diário Oficial da União, 27 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

BRASIL. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015- 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 76-91, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB-Brasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

BRASIL. **A saúde bucal no sistema único de saúde.** Brasília – DF: Editora MS, 2018.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica em saúde bucal.** Brasília: Editora MS, 2018.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal.** Santa Maria - DF: Editora Brasil, 2016.

CEZÁRIO, L. R. A.; MIALHE, F. L. Promoção da saúde bucal nas escolas brasileiras: revisão integrativa de literatura. **Rev. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 31, n. 1-2, p. 59-71, 2021.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1791-1803, 2017.

CIMÕES, R. et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1691–1696, nov. 2007.

FONSECA, L. L. et al. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13194/11865/173519>. Acesso: 10 jul. 2023.

GABRIEL M, CAYETANO M.H. et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YsQgQKWCKHn3LW6wV4hVdnP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jul. 2023.

GABRIEL, M. Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração. **Dissertação de Mestrado.** São Paulo, 2016.

GARBIN, C. A. S. et al. *Oral health education in school: parents' attitudes and prevalence of caries in children.* **Rev Odontol**, v. 44, n. 5, p. 285-291, 2015.

GARBIN, C. A. S. et al. Conhecimento sobre saúde bucal por concluintes de pedagogia. **Trab. Educ. Saúde**. v. 3, n. 10, p. 453-462, 2012.

GALVÃO M.H.R, RONCALLI A.G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cad Saúde Pública [Internet]**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pqSBfPdgrPMFxsbxJ9RSrQP/#>. Acesso: 10 jul. 2023.

GOES, P. S. A. Et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 28 (Supl): S81-S89, 2012.

GONDINHO, B. V. C. et al. Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a rede de atenção à saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8637/pdf>.

GUIMARÃES, M. R. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. **Revista Saúde em Foco**, v. 3, n. 2, pp. 39-44, fev. 2017.

HARZHEIM E, DÁVILA O. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. No prelo 2020.

HERKRATH et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil. **Saúde debate**, v.37, n.96, p. 148-158, 2009.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 25 jul. 2023.

LIBERATTI, G. A. et al. Percepção dos pais no impacto da educação em saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares. **Rev. UNINGÁ**, v. 48, p. 84-86, 2016.

LISBOA, L. F. Confecção de Próteses Removíveis no SUS: A Importância do Planejamento Integrado. TCC. Odontologia Faculdade de Odontologia da UFU. Uberlândia, 2023.

LUCENA, E. H. G. DE; JÚNIOR, G. A. P. et al. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. pg. 53-63, 15 dez. 2011. Acessado em: 02 out. 2021.

MAGALHÃES, S. M. S. B. S.; HERNANDEZ, F. del M. (Org.). Painel de especialistas: análise crítica do estudo de impacto ambiental do aproveitamento hidrelétrico de Belo Monte. **Jornal GGN**, Belém, 29 out. 2009. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/painel_especialistas.pdf>. Acesso: 10 jul. 2023.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 257-264, 2010.

MATTA, G. C. et al. **Políticas de Saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2007. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; p. 61-80. 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26570>.

MATTOS, G. C. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS, L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural, Natal**, v. 1, n. 1, p. 65-74, 2015.

MENDES, E. V. et al. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

MENDES, J. D. R. et al. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. **Rev. Bras Promoção Saúde**, v. 30, n. 1, p.13-21, 2017.

MORENO, A; HADDAD, M. F.; GOIATO, M. C, et al. Epidemiological Data and Survival Rate of Removable Partial Dentures. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948543/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA AF. et al. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 10 mar. 2024.

NAKAMURA, Y. et al. Barriers and Strategies for Specialty Care Access through Federally Qualified Health Centers: A Scoping Review. **J Health Care Poor Underserved**, v.30, n.3, p.910-933, 2019

NARVAI, P. C. O caso do ‘Brasil Sorridente’ e Perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em Meados do Século XXI. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. Pág. 175-187, 3 jul. 2020. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622>. Acesso em: 10 ago. 2023.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, vol. 33, núm. 81, enero-abril, 2009.

NOGUEIRA, Thamiris Carolina Passos et al. Saúde da família e coordenação do cuidado: avaliação de trabalhadores do sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 12093-12107, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/24140-62179-1-PB.pdf>.

OLIVEIRA, B. H. et al. Controlling caries in exposed root surfaces with silver diamine fluoride: A systematic review with meta-analysis. **The Journal of the American Dental Association**, v. 149, n. 8, p. 671-679. e671, 2018.

PASTORINI, A. **A categoria "Questão Social" em debate**. Cortez; 3ª edição, 2016.

PERES, M. A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 90-100, 2012.

PIMENTEL, E. **Uma “Nova questão social”?** Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje. São Paulo: Instituto Luckács, 2012. – 2.ed. rev.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde soc.**, v. 24, n. 1, p. 273-284, 2015.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p. retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. 2018;42(116):11-24.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018351, 2021.

SANTANA, D.A. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cadernos Saúde Coletiva** 2015, v. 23, n. 3, 2015.

SANTOS, P. S. Fatores da prevalência de cárie em crianças de baixa renda e o impacto na qualidade de vida: revisão de literatura. 22 páginas. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Odontologia). Centro Universitário AGES. Paripiranga, 2021.

SANTOS, L. G. P. et al. Manejo do comportamento infantil e saúde bucal na sala de espera: um relato de experiência. **Research, Society and Developmen**, v. 9, n.7, e888975069, 2020.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Rev. Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 233-246, 2018.

SELAIMEN, Caio; BARCELLOS, Leonardo; BRITTO, Luiz Gustavo F. H. Arco Dental Reduzido: Quantidade mínima de dentes para função mastigatória. **Revista ABO Pro-odonto prótese**: programa de atualização em prótese odontológica. Ciclo 2 módulo 2, 2011.

SILVA, H.E.C.; GOTTEMS, L.B.D. The interface between primary and secondary care in dentistry in the Unified Health System (SUS): an integrative systematic review. **Ciênc. Saúde Colet**. v.22, n.8, p.1-15, 2017.

SILVA, L. B. A DESIGUALDADE SOCIAL REFLETIDA NA SAÚDE BUCAL. 2021. 35 folhas. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Odontologia) – Pitágoras, Betim, 2021.

SIMÕES, A. C.A.; CARVALHO, D.M. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Cien Saude Colet**. 2011 Jun;16(6):2975-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600035>. Acesso: 15 mar. 2024.l

SOUSA, F. D. T.; SOUSA, A. L. P. M. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 1, n. 11, p. 57-75, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-no-brasil>.

SOUZA, J. G. S.; MARTINS, A. M. E. B. L. Dental pain and associated factors in Brazilian preschoolers. **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, p.336- 342, 2016.

SPEZZIA, S. et al. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-113, 2015.

TEODORO, M.R.; VALE, M. P. P. et al. Avaliação e controle do absenteísmo às consultas da Odontologia no programa saúde na escola. **Research, Society and Development**, v. 11, n.1, p. e39611125079, 2022.

TOKAIRIN, A. S. C. P. et al. Avaliação do Conhecimento de Escolares Sobre Saúde Bucal, Dieta e Higiene: Ferramenta Diagnóstica para Direcionamento de Atividade Educativa. **Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.**, v. 21, n. 3, p. 365-369, 2020.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad Saúde Pública**, v.20, supl.2, p.S190-S198, 2004.

VALARELLI, F. P. et al. Importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Rev. Odontol. Clín.-Cient.** (Online), v. 10, n. 2, p. 173-176, 2011.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas: a user guide with case studies Geneva: WHO; 2012.