



## GESTÃO PÚBLICA NA ODONTOLOGIA: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA ODONTOLÓGICA

Public Management in Dentistry: public policies for public dental health care

Access this article online	
<b>Quick Response Code:</b>	
	<b>Website:</b> <a href="https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/65920">https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/65920</a>

### Autores:

#### Sérgio Spezzia

Cirurgião Dentista. Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo

**Instituição na qual o trabalho foi realizado:** Universidade Federal de São Paulo

**E-mail para correspondência:** [sergio.spezzia@unifesp.br](mailto:sergio.spezzia@unifesp.br)

### RESUMO

Os serviços de assistência à saúde encontram comumente escassez de recursos financeiros fornecidos pelo governo. Os recursos financeiros disponibilizados para custeio da assistência à saúde devem ser incrementados com realização de um planejamento que vá de encontro às necessidades apresentadas pela população. No setor odontológico é fundamental que medidas sejam tomadas, através da elaboração de políticas públicas, visando a realização de mudanças. O objetivo deste artigo foi averiguar as características apresentadas pela gestão pública odontológica no Brasil com o passar dos anos. Realizou-se revisão bibliográfica com busca nas bases de dados: PubMED, Google Acadêmico de estudos e artigos que versavam acerca das características apresentadas pela gestão pública em Odontologia. Ao longo da



História verificou-se no Brasil a existência da prestação de serviços públicos odontológicos dotados de baixa complexidade com acesso restrito. Buscavasse mudar esse quadro e para tal em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada de Programa Brasil Soridente (PBS). A instituição da PNSB, Brasil Soridente, constituiu um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal. O Programa Brasil Soridente trouxe melhores condições e qualidade de vida à população ao propiciar meios para proceder a minimização do desconforto e da dor provenientes de problemas oriundos de origem odontológica.

**Palavras-chave:** Organização e Administração. Administração Pública. Política Pública. Saúde Bucal. Odontologia.

## ABSTRACT

Health care services commonly encounter shortages of financial resources provided by the government. The financial resources made available to fund health care must be increased by carrying out planning that meets the needs presented by the population. In the dental sector it is essential that measures are taken, through the elaboration of public policies, aiming at making changes. The objective of this paper was to investigate the characteristics presented by public dental management in Brazil over the years. A bibliographic review was carried out with a search in the databases: PubMED, Google Scholar of studies and articles dealing with the characteristics presented by public management in Dentistry. Throughout history, the provision of public dental services endowed with low complexity with restricted access has been verified in Brazil. In order to change this situation, in 2003, the Ministry of Health instituted the National Oral Health Policy (PNSB), called the Smiling Brazil Program (PBS). The PNSB institution, Brasil Soridente, was a milestone in changing the focus of oral health care. The Brasil Soridente Program brought better conditions and quality of life to the population by providing the means to minimize the discomfort and pain caused by dental problems.

**Keywords:** Organization and Administration. Public Administration. Public Policy. Oral Health. Dentistry.

## INTRODUÇÃO

A nível da Administração Pública em todo globo averigua-se deficiências para cumprimento com as despesas públicas e busca-se ajuste, aumentando a



arrecadação dos impostos. Na área da saúde o quadro apresentado é o mesmo (SPEZZIA, 2018).

Os serviços de assistência à saúde encontram comumente escassez de meios financeiros fornecidos pelo Estado, o que não oferece recursos para que a demanda pelos atendimentos seja suprida. No setor da saúde a administração tende a migrar da esfera pública para o setor privado, devido ao contexto apresentado (ROBLES, 2001). Existem limitações relacionadas com o oferecimento dos bens e serviços de saúde na mesma proporção em que ocorre a demanda por esses serviços. A causa determinante seria principalmente a insuficiência de recursos financeiros (SPEZZIA, 2018).

Os recursos financeiros disponibilizados para custeio da assistência à saúde devem ser incrementados com realização de um planejamento que vá de encontro às necessidades apresentadas pela população (SPEZZIA, 2014).

No setor odontológico é fundamental que medidas sejam tomadas, através da elaboração de políticas públicas, visando o feitio de mudanças. Deve-se levar em consideração as desigualdades sociais existentes e a restrição no acesso aos serviços de saúde odontológicos, almejando instituir a equidade nos atendimentos prestados (ANTUNES & NARVAI, 2010; SPEZZIA, 2014; MAGNO, 2015).

Políticas públicas englobam uma somatória de medidas elaboradas pelo poder público, que almejam buscar solucionamento dos problemas da coletividade (RUAS, 2012).

Em nosso país convive-se com uma demanda reprimida nos serviços públicos de assistência à saúde odontológicos, principalmente nos setores de atendimento secundário e terciário. Políticas públicas necessitam ser implementadas para angariar recursos (BRASIL, 2004).

O fornecimento dos serviços públicos de saúde bucal no Brasil mostra-se deficitário e sabe-se que até então, pouco foi feito em termos da elaboração e implementação de políticas públicas para a resolução do problema (BRASIL, 1988; BRASIL, 1989; BARROS & BERTOLDI, 2002; ANTUNES & NARVAI, 2010).

No decorrer da História, a Saúde Pública em nosso país foi marcada pela presença de inúmeros problemas. Relacionado a saúde pública odontológica figuraram problemas voltados para os atendimentos odontológicos. O acesso aos serviços públicos odontológicos era escasso e limitado. O setor de saúde



também foi afigido por influências no decorrer da história, tendo sido acometido por todas repercussões ocasionadas pelo contexto político social atravessado pelo nosso país (POLIGNANO, 2005; SPEZZIA *et al.*, 2015).

Implicações específicas acerca do tema versam acerca da escassez de recursos voltados para a assistência pública odontológica. Na saúde bucal objetiva-se obter um repasse com valor suficiente para a saúde bucal (MOIMAZ *et al.*, 2008).

Adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas com maior prioridade para execução. Como metas propostas em termos de mudanças, incluiu-se o atendimento assistencial de urgência para o público de gestantes e crianças nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a nível de Atenção Básica ou de Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2004a; OLIVEIRA & SALIBA, 2005; CRUZ, 2010; SPEZZIA *et al.*, 2015). Mais tarde, no ano 2000 ocorreu a inclusão da figura do cirurgião dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em 2004 ocorreu a instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), buscando oferecer meios para suprir a demanda por atendimentos odontológicos (NAKAGAWA, 2011; SPEZZIA *et al.*, 2015).

A falta de recursos para o setor de saúde bucal prejudica os serviços públicos prestados. Poucas foram as políticas públicas elaboradas, visando reversibilidade desse quadro. O governo necessita adotar medidas cabíveis por intermédio de políticas públicas que mostrem-se resolutórias para suprimento do setor odontológico (SPEZZIA, 2014).

O objetivo deste artigo foi averiguar as características apresentadas pela gestão pública odontológica no Brasil com o passar dos anos.

## MÉTODO

Realizou-se revisão bibliográfica com busca nas bases de dados: PubMED, Google Acadêmico de estudos e artigos que versavam acerca das características apresentadas pela gestão pública em Odontologia.

Incluiu-se artigos que tratavam da gestão pública odontológica ao longo do tempo.

Excluiu-se artigos que não possuíam conteúdo concernente com o pesquisado após realização de leitura seletiva e analítica de todos os trabalhos levantados.



Apontamentos de livros, trabalhos, monografias, dissertações e teses acerca dessa mesma temática também foram considerados.

## REVISÃO DE LITERATURA

O governo brasileiro promoveu reformas administrativas com a finalidade de propiciar meios para incremento da eficiência, eficácia e efetividade da administração pública (SPINK, 1998; MOORE, 2002). Relacionado com a ciência administrativa detém papel de relevância a observância dos conceitos de eficácia, eficiência e efetividade (CHIAVENATO, 1994). Esses conceitos são extremamente importantes e convive-se com eles em muitas ocasiões no decorrer da prática odontológica, o que torna necessário considerá-los quando da estruturação de políticas públicas voltadas para a saúde bucal. A gestão pública em si deve ser dotada de eficácia e eficiência (FRIAS *et al.*, 2006).

No Brasil houve a instituição de algumas políticas de saúde bucal, na década de 1950, implementou-se a Odontologia Sanitária, situação em que competia ao cirurgião dentista sanitarista o diagnóstico e a realização dos procedimentos odontológicos. Nos anos 1960 houve enfoque voltado para a Odontologia Preventiva e nos anos 1970, buscou-se desenvolver a Odontologia Comunitária ou Simplificada. No contexto geral, conviveu-se com vários modelos assistenciais: Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e Sistema Integral. No Brasil houve predomínio do Sistema Incremental, embora existissem esses outros modelos. Nele ocorria atendimento ao público de escolares com faixa etária entre 07 e 14 anos (NARVAI, 2002; NARVAI, 2006; SOARES, 2007).

Sabe-se que havia limitações na realização da assistência à saúde pública odontológica durante muito tempo, o que agiu dificultando a estruturação de medidas para a elaboração de políticas públicas resolutórias, visando universalidade. Instituiu-se políticas compensatórias, estabelecendo metas prioritárias com direcionamento das verbas públicas e assistência seletiva aos mais necessitados. Recursos foram direcionados prioritariamente para gestantes e crianças (OLIVEIRA & SALIBA, 2005; CRUZ, 2010; SPEZZIA, 2014).

Ao longo da História verificou-se no Brasil a existência do fornecimento de serviços públicos odontológicos dotados de baixa complexidade com acesso restrito e com realização muitas vezes de exodontias. Nos municípios brasileiros buscou-se atender gestantes e indivíduos escolares entre 06 e 12 anos. Adultos e idosos possuíam direito apenas a serviços de urgência e de pronto atendimento (SPEZZIA *et al.*, 2015).



Relacionado a Política Nacional de Saúde Odontológica preconizou-se algumas medidas isoladas na assistência à saúde oral, buscando maior acessibilidade e abordagens com ações de prevenção e promoção de saúde, bem como objetivou-se instituir algumas condutas curativas dotadas de maior complexidade (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

As desigualdades sociais são evidentes em nosso país, devido ao fato, objetivou-se adotar políticas públicas compensatórias, condizentes com os princípios da seletividade e não do universalismo. As desigualdades devem ser identificadas e monitoradas pelo setor de Saúde Pública. No Brasil existem desigualdades no acesso a assistência à saúde odontológica e necessita-se adotar medidas efetivas através da elaboração de políticas públicas para tornar possível a promoção de saúde e a prática da equidade (BARROS & BERTOLDI, 2002; ANTUNES & NARVAI, 2010; MAGNO, 2015).

A acessibilidade a saúde bucal faz parte dos direitos de cidadania, deve-se estruturar políticas públicas capazes de fornecer promoção, proteção e recuperação desses serviços odontológicos públicos. Na Constituição Brasileira promulgada em 1988, está garantido o direito universal a assistência à saúde a todos (BRASIL, 1988).

A prestação dos serviços públicos odontológicos em nosso país resume-se ao fornecimento da assistência básica em sua grande maioria, havendo demanda reprimida. No Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços odontológicos especializados equivalem a 3,5% do total de intervenções realizadas. Existe capacidade mínima para fornecer serviços públicos na atenção secundária e terciária, o que interfere e impossibilita viabilizar sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Buscava-se mudar esse quadro e para tal em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada de Programa Brasil Soridente (PBS). O Brasil Soridente buscou firmar medidas que almejavam assegurar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (BRASIL, 2004).

A instituição da PNSB, Brasil Soridente, constituiu um marco na assistência em saúde bucal, objetivando aperfeiçoamento da organização do sistema de saúde. Um modelo com abrangência relacionada a universalidade, integralidade e equidade foi instituído (BRASIL, 2004).



## DISCUSSÃO

Conforme o Levantamento Nacional de Saúde Bucal realizado em 2004, 13% dos adolescentes nunca tinha frequentado o dentista, 20% da população brasileira era edêntula e 45% dos brasileiros não tinham acesso regular a escova de dente (BRASIL, 2004b).

Políticas públicas visam atender as necessidades dos mais carentes. Nesse contexto, o PBS possuía a finalidade de alterar o perfil da atenção à saúde bucal, almejando organizar de uma maneira satisfatória todo o sistema de saúde. A Atenção Primária obteve aumento de verba para que fosse possível o fornecimento de assistência odontológica acolhedora e humanizada e incluiu-se o cirurgião dentista no Programa de Saúde da Família (PSF). A finalidade pretendida era a de realizar todos os tratamentos cabíveis na Atenção Primária, uma vez que o encaminhamento para tratamento a nível da atenção secundária e terciária mostrava-se dificultoso (BRASIL, 2004).

Profissionais gabaritados na área de Políticas Públicas e Gestão são necessários para obtenção de um desfecho favorável na utilização dos meios públicos e para obter-se eficiência da administração pública (CHRISPINO *et al.*, 2012).

A Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso à saúde bucal era difícil e limitado. A demora na busca por atendimento, concomitante aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o tratamento oferecido pela rede pública fosse a exodontia (BARROS & BERTOLDI, 2002).

A fragmentação comumente ocorre desfavoravelmente nas políticas públicas em nosso país. Em contrapartida, determinadas políticas públicas podem requisitar necessariamente empenho do setor de saúde para que sejam integradas (RUAS, 2012).

Na administração pública existe a necessidade de proceder a arrecadação tributária tal que possibilite estabilidade nas despesas públicas. As políticas públicas voltadas para a saúde bucal no Brasil continuam com ritmo lento, havendo recursos escassos frente à demanda existente. No setor de saúde bucal, políticas públicas devem ser implementadas, visando a obtenção de suficiência de verbas. A finalidade dessas medidas é a de proporcionar equidade e universalidade à população (BRASIL, 1988; BRASIL, 1989; SPEZZIA, 2014).



Na Constituição brasileira chamada de “cidadã” de 1988, entre os direitos de cidadania acha-se o de acesso a saúde bucal, que deve ser viabilizado por intermédio da elaboração de políticas públicas que supram efeito. O acesso aos serviços de saúde bucal deve ocorrer de maneira igualitária e universal (BRASIL, 1988; MATTA, 2020).

Atualmente a PNSB, Brasil Soridente ainda é a vigente no Brasil. No primeiro mandato do presidente da república Luís Inácio Lula da Silva, ocorrido entre os anos de 2003 e 2006, a PNSB produziu bom resultados e houve consolidação da mesma a nível do SUS. No transcorrer da história inexistia até então registro da ocorrência de tantos investimentos públicos em uma PNSB (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A PNSB, Programa Brasil Soridente, tinha o intuito de promover a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços, buscando atendimento a pacientes de todas as faixas de idade através da ampliação do acesso ao tratamento odontológico público e gratuito fornecido pelo SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

O Programa Brasil Soridente tinha como metas promover a organização da prática assistencial e instituir o aperfeiçoamento da assistência pública à saúde bucal, almejando minimização das desigualdades nos atendimentos em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013; MACHADO *et al.*, 2017; MACHADO, 2018).

Os atendimentos públicos odontológicos realizados a nível de atenção secundária e terciária possuem demanda reprimida, requerendo que políticas públicas resolutórias viabilizem a instituição de recursos. O incremento dos serviços básicos de saúde bucal ocorreu na atenção primária e não ocorreu na atenção secundária e terciária, o que denota ocorrer a inexistência de sistemas de referência e de contra-referência efetivos (MAGALHÃES JR. *et al.*, 2002).

A operacionalidade ou não dos atendimentos públicos odontológicos requer que se mantenha uma qualidade suficiente e satisfatória para a realização dos procedimentos.

## CONCLUSÕES

O Programa Brasil Soridente trouxe melhores condições e qualidade de vida à população ao propiciar meios para proceder a minimização do desconforto e da dor provenientes de problemas oriundos de origem odontológica.



Deve haver um planejamento de verba capaz de proporcionar estabilidade e manutenção dos serviços de assistência pública odontológica.

Políticas públicas devem ser estruturadas, visando incremento do setor público odontológico não somente objetivando suprir as suas reais necessidades, mas almejando melhorar a qualidade dos atendimentos prestados continuadamente.

## REFERÊNCIAS

1. Spezzia S. Gestão Pública na Odontologia com o Advento do Programa Brasil Soridente. *Rev Flum Odontol*, 2018; 50:49-59.
2. Robles LP. Operadoras em Saúde Bucal em Busca da Excelência na Prestação de Serviços. *Premio Sinog de Odontologia*, São Paulo, 2001.
3. Spezzia S. Uma Análise das Políticas Públicas Voltadas para os Serviços de Saúde Bucal no Brasil. [Monografia]. Especialização em Gestão Pública. Pato Branco: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2014.
4. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(2):360-5.
5. Magno LD. Dos Clamores das Ruas aos Rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. [Dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2015.
6. Ruas MG. Políticas Públicas. Ministério da Educação. Departamento de Ciências da Administração. UFSC. Florianópolis, 2<sup>a</sup>. ed, 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
8. Brasil. Constituição. Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988, 292p.
9. Brasil. Política Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. 1989. Disponível em: <http://>

drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/. Acesso em 24 de outubro de 2002.

10. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva, 2002; 7(4):709-17.
11. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão. 2005. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude> no brasil.rtf Acessado 15 de abril de 2018.
12. Spezzia S, Carvalheiro EM, Trindade LL. Uma Análise das Políticas Públicas Voltadas para os Serviços de Saúde Bucal no Brasil. Rev Bras Odontol, 2015; 72(1/2):109-13.
13. Moimaz SAS, Garbini CAS, Garbini AJI *et al.* Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. Rev Adm Publ FGV, 2008; 42(6):1125-35.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, p. 2-7, 2004a.
15. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no programa de saúde de Campos dos Goytacazes. Rio de Janeiro 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030) Acesso em 15 de fevereiro de 2011.
16. Cruz DF. A organização do cuidado em saúde bucal de cidades da primeira macroregional de saúde da Paraíba. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2010.
17. Nakagawa MCS. Avaliação das práticas em serviço odontológico na estratégia saúde da família. [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011.
18. Spink P. Possibilidades técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa. In: Bresser-Pereira LC, Spink Peter (orgs.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998.

19. Moore MH. Criando valor público: gestão estratégica no governo. Rio de Janeiro: Uniletras; Brasília: ENAP, 2002.
20. Chiavenato I. Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-76.
21. Frias AC, Narvai PC, Araújo ME. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso: município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. Cad Saúde Pública, 2006; 22(6):1237-46.
22. Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2a. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002, 108 p.
23. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública, 2006; 40(spe):141-7.
24. Soares CMS. Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica: a perspectiva do usuário. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.
25. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Editora MS. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
27. Chrispino A, Bayma F, Rezende FP. Análise e proposta de formação de educadores e administradores em políticas públicas. Ensaio: aval pol publ Educ, 2012; 20(76):555-86.
28. Matta GC. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:  
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%99Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf> Acessado em 14 de setembro de 2020.



29. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações do Brasil Soridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
30. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica*, 2017; 33(supl 2):e00129616.
31. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2018; 23(7):2197-212.
32. Magalhães JR. Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH. Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002.