MARIANA LOPES GALANTE

Compreensão do processo de implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina

São Paulo

2021

MARIANA LOPES GALANTE

Compreensão do processo de implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer

São Paulo

2021

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Galante, Mariana Lopes.
Compreensão do processo de implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina / Mariana Lopes Galante; orientador Fernanda Campos de Almeida Carrer. -- São Paulo, 2021.
110 p. : fig. , tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão original.

1. Políticas públicas. 2. Pesquisa qualitativa. 3. Saúde bucal. 4. Tomadas de decisões.
I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Título.

Fábio Jastwebski – bibliotecário - CRB8/5280

Galante ML. Compreensão do processo de implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 20/08/2021

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a).Edson Hilan Gomes de Lucena

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a).Gilberto Alfredo Pucca Junior

Instituição: Universidade de Brasilia (UNB) Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Mariana Gabriel

Instituição: Universidade Mogi das Cruzes (UMC) Julgamento: Aprovada

Dedico este trabalho à minha mãe, que é meu maior exemplo de coragem e determinação, pelo apoio e compreensão. Você é fundamental em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me orienta, acompanha e sempre me mostra o caminho a trilhar.

À minha mãe, Ednez, que sempre esteve ao meu lado em qualquer circunstância, comemorando os momentos, obrigada por todo apoio e todo amor.

Ao Adriano, por sempre apoiar minhas decisões e compartilhar minha vida!

A minha orientadora, professora Fernanda Campos de Almeida Carrer, obrigada por me acolher desde o mestrado, por ser tão dedicada, correta e humana. Agradeço a confiança, amizade e conselhos. Obrigada principalmente por ter permitido a realização desse trabalho, por ter confiado e acreditado em mim! Obrigada por tudo o que você fez e faz por todos os seus alunos!

Ao professor Dorival Pedroso, Professora Maine, e professores do Departamento de Odontologia Social pelo acolhimento e aprendizado científico.

Aos professores da Colômbia e Chile pelo seu apoio e orientações, mesmo a distância, sempre presentes na elaboração deste estudo! Professor Gabriel, Professor Daniel e Professora Sandra, e Professor Marco do Chile! Agradeço a todos pelo carinho!

Aos entrevistados que foram extremamente solícitos em contar suas experiências e permitiram a elaboração deste estudo!

Ao departamento de Odontologia Social da Faculdade Odontologia da USP, especialmente a Sônia e Andréia, por toda ajuda e auxílios prestados.

Aos amigos: Janaina, Rachel, Marcelo, Fábio, Glória, Duber, Mari Gabriel, Maristela, agradeço a todos pelas risadas, desabafos, desafios e muitos estudos, e que eu tive o prazer de conhecer e conviver nesse período.

As meninas que participaram do projeto durante a iniciação cientifica: Aline, Amanda e Nicole, obrigada por toda ajuda nos trabalhos realizados, e por confiarem em mim e embarcarem nas ideias e projetos, minha eterna gratidão pela confiança. Vocês são demais! Desejo muito sucesso na vida profissional e pessoal!

Agradeço ao Zilson Magalhães e Bernal Stewart, da LAOHA, por confiarem e permitirem que eu fosse bolsista LAOHA, muito obrigada pelo apoio neste período e pelas oportunidades!

A todos os membros da banca, agradeço o aceite do convite, e por toda a dedicação para contribuir com o crescimento do meu trabalho.

As bibliotecárias da FOUSP, em especial a Vânia, pelo modo prestativo e eficiente e sua amizade durante esses anos.

Agradeço as fontes financiadoras, pois esse trabalho foi realizado com apoio da International Association Dental Research (IADR) – Regional Development Program e Latin American Oral Health Association (LAOHA).

‘‘Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”.

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Galante ML. Compreensão do processo de implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia. 2021. Versão original.

Introdução: As políticas em saúde pública são importantes para o bem-estar da população em geral, e a saúde bucal está inserida no contexto de saúde integral, desta forma os responsáveis por criarem as políticas e programas de saúde bucal são elementos chaves para a criação de políticas que visam melhorar a saúde da população de um país. Objetivos: Identificar como foi o processo de implementação das políticas de saúde bucal, no contexto do uso da evidência, agenda política e barreiras de implementação nos países envolvidos: Brasil, Colômbia e Chile. Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas presenciais com atores-chaves no processo de implementação em cada país, foi realizada análise de conteúdo e os dados foram categorizados com uso do Maxqda®. Resultados: Apesar dos países apresentarem sistemas de saúde diferentes, observou-se que durante o processo de implementação das políticas de saúde, o uso da evidência científica ainda é restrito e a participação da academia mostrou-se necessária para a elaboração das políticas de saúde. Em relação ao processo de inclusão na agenda, os resultados de estudos epidemiológicos tiveram um papel indutor, além da necessidade de atores chaves que advoguem a favor do tema. A principal barreiras citada pelos países é a formação do dentista, que ainda é voltada para o atendimento clínico individual e privado. Conclusão: Os formuladores de políticas devem compreender a importância da odontologia no sistema de saúde, a academia deve se aproximar da gestão de modo a informar as políticas para ser elaborada com uso da evidência cientifica e estimular a sensibilização dos futuros profissionais para este tema.

Palavras-Chave: Políticas Públicas. Pesquisa Qualitativa. Saúde Bucal. Tomadas de Decisões.

ABSTRACT

Galante ML. Understanding the implementation process of Oral Health Programs and Policies in Latin America [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Versão Original

Introduction: Public health policies are important for the well-being of the population in general, and oral health is inserted in the context of comprehensive health, thus those responsible for creating oral health policies and programs are key elements for creating policies that improve the health of a country's population. Objectives: To identify how the oral health policy implementation process went, in the context of the use of evidence, political agenda and implementation barriers in the countries involved Brazil, Colombia and Chile. Methods: A qualitative study with face-to-face interviews with key actors in the implementation process in each country, content analysis was conducted and the data were categorized using the Maxqda®. Results: Although countries have different health systems, it was observed that while implementing health policies, the use of scientific evidence is still restricted and the participation of the academy was shown to be necessary for the elaboration of health policies. Regarding the process of inclusion in the agenda, the results of epidemiological studies played an inductive role, in addition to the need for key actors who advocate in favor of the theme. The main barriers cited by the countries are the training of the dentist, who is still focused on individual and private clinical care. Conclusion: Policy makers must understand the importance of dentistry in the health system, the academy must approach management to inform policies to be developed using scientific evidence and to stimulate the awareness of future professionals on this topic.

Keywords: Public Policy. Qualitative Research. Oral Health. Decision Maki

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
MINSAL	Ministerio da Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
ISAPRES	Instituiciones de Salud Previsional
ENS	Encuesta Nacional de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
IPS	Instituiciones Prestadores de Salud
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud
ENSAB	Encuesta Nacional de Salud Bucal

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO** 23
2 **REVISÃO DE LITERATURA** 25
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS 25
2.2 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E USO DA EVIDÊNCIA CIENTIFICA 26
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL 30
2.3.1 Políticas públicas em saúde bucal – Brasil 30
2.3.2 Políticas públicas em saúde bucal - Chile 32
2.3.3 Políticas públicas em saúde bucal - Colômbia 38
3 PROPOSIÇÃO 44
4 METODOLOGIA 45
5 RESULTADOS 47
5.1 CAPÍTULO 1 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL E PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS: A INFLUÊNCIA DA EVIDÊNCIA CIENTIFICA 48
5.2 CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL E AGENDA POLÍTICA NO BRASIL, COLÔMBIA E CHILE 60
5.3 CAPÍTULO 3 – POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS PARA UMA MELHOR IMPLEMENTAÇÃO 77
6 DISCUSSÃO 98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 102
REFERÊNCIAS 103
ANEXO A – Roteiro de entrevista com questões norteadoras 113
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido 114

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas em saúde fazem parte de estratégias que buscam melhorias das condições de saúde das populações, a saúde bucal é parte fundamental da saúde integral dos indivíduos, porém ainda é invisível em muitos sistemas de saúde ao redor do mundo [1].

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012, lançou uma série chamada “Saúde nas Américas” [2], que retrata um pouco sobre os sistema de saúde de todos os países americanos, entretanto, não há muitas informações sobre dados de saúde bucal, nem tão pouco, sobre as políticas públicas de saúde bucal dessas nações, informações em saúde são fundamentais para melhorar os sistemas públicos de saúde ao redor do mundo e contribuir para a criação de políticas públicas, no entanto, a falta de disponibilidade e confiabilidade dessas informações são desafios a serem enfrentados e as comparações transnacionais ficam limitadas.

Mais de 3,5 bilhões de pessoas no mundo apresentam doenças bucais, começando na primeira infância e progredindo ao longo de sua vida, há um aumento continuo na prevalência de doenças bucais em muitos países de baixa renda (LMICs), sendo a América do Sul é a região com maior prevalência de cárie dentária e periodontite não tratada [3].

É nesse contexto que as políticas de saúde bucal são imprescindíveis para garantir o acesso às populações e melhorar o perfil epidemiológico dos países, não é apenas uma questão de indicadores de saúde, a saúde bucal quando negligenciada pode prejudicar a qualidade de vida e sua relação com performance laboral. A melhoria da saúde bucal da população pode não só reduzir o custo do tratamento, mas também diminuir a perda de produtividade no mercado de trabalho, trazendo benefícios econômicos consideráveis [4].

Este estudo teve como objetivo a compreensão e análise do processo de inclusão e implementação da saúde bucal nos diferentes sistemas de saúde dos países estudados: Brasil, Chile e Colômbia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Iremos descrever brevemente o conceito de política pública, em seguida verificaremos como se dá o processo de tomada de decisão e por fim uma descrição histórica de como são as políticas públicas de saúde bucal nos países estudados.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Devemos primeiramente nomear o conceito de “política pública”, para tal devemos considerar que diversos fatores estão envolvidos nesta conceituação. De acordo com Dye [5]: “política pública é tudo aquilo que os governos escolhem fazer ou não fazer”, esta definição é ampla para alcançar inúmeras ações governamentais, mas bastante precisa ao atribuir o conceito de política pública a um agente específico, qual seja, o governo, em qualquer de suas esferas.

Outros autores [6] afirmam que as várias definições dadas à expressão “política pública” procuram trazer à mente a ideia de um processo, técnico e político, em que se busca definir e alcançar metas e objetivos, utilizando meios disponíveis aos diversos atores envolvidos. Considerando que esses dois aspectos, técnico e político, são complementares e importantes, iremos considerar como “política pública” todo aquele processo definido pelos governos dos países com foco em um tema específico, no caso - saúde bucal, e que tem sua continuidade garantida pelo governo.

Assim sendo, a implementação do conceito de políticas de saúde como uma política social assume como consequência a consideração de saúde como um direito inerente à condição de cidadania, ou seja, um *status* concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política. Após conquistas dos direitos civis e políticos, foi possível então a institucionalização da proteção social, que visava ampliar o bem-estar da população, surgindo assim os Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*, foram criados modelos e ideais de Estados de Bem-Estar Social de acordo com as necessidades encontradas em cada país, sendo assim, surgiram modelos de proteção social peculiares a cada sociedade.

Os modelos de Estados de Bem-Estar Social são os seguintes: **a) modelo de assistência social**, onde as necessidades e demandas da população são preenchidas de acordo com os interesses individuais e a capacidade de adquirir bens e serviços, sendo que o Estado deve ser restrito ao mínimo necessário para viabilizar

a existência de mercado; **b) modelo de seguro social**, há cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual, os indivíduos recebem compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro, valorizando assim o princípio do mérito, é condicionado a uma contribuição direta anterior; **c) modelo de seguridade social**, neste modelo é garantido a todos os cidadãos um mínimo vital assegurado pelo Estado, de forma universalizada e independente de contribuições anteriores. O Estado desempenha um papel central tanto na administração, como no financiamento do sistema, pode-se considerar uma cidadania universal pois os benefícios são assegurados a todos e de forma universal [7].

Apesar dos esforços coletivos, os sistemas de saúde e as políticas públicas ao redor do mundo são distintas e a atenção a saúde bucal difere em sua abrangência em diversos países. Os países ainda não inserem a saúde bucal como um cuidado integral do paciente, países desenvolvidos, como Canadá, Austrália, EUA e Reino Unido, ainda priorizam atendimento de grupos populacionais específicos [8].

A OMS declarou que a doença oral é a quarta doença mais cara para se tratar, e em países de alta renda e baixa ainda permanecem a existência de sistemas de saúde cujo investimento em saúde bucal é baixo e o atendimento é principalmente para conter a demanda de urgência ou alívio da dor. Foi proposto, pela OMS, um plano de ação de modo a fortalecer a formulação ou ajuste de políticas e estratégias de saúde bucal e sua integração nos programas nacionais e comunitários de saúde [9].

Diversos países da América Latina e do Caribe passaram por reformas setoriais no âmbito da saúde, tais processos ainda são recentes, acarretando em restrição e precarização de sistemas de saúde, os modelos de reforma geraram sistemas de saúde diversos e com diferenças entre acesso, cobertura e interação entre setor privado e público [10].

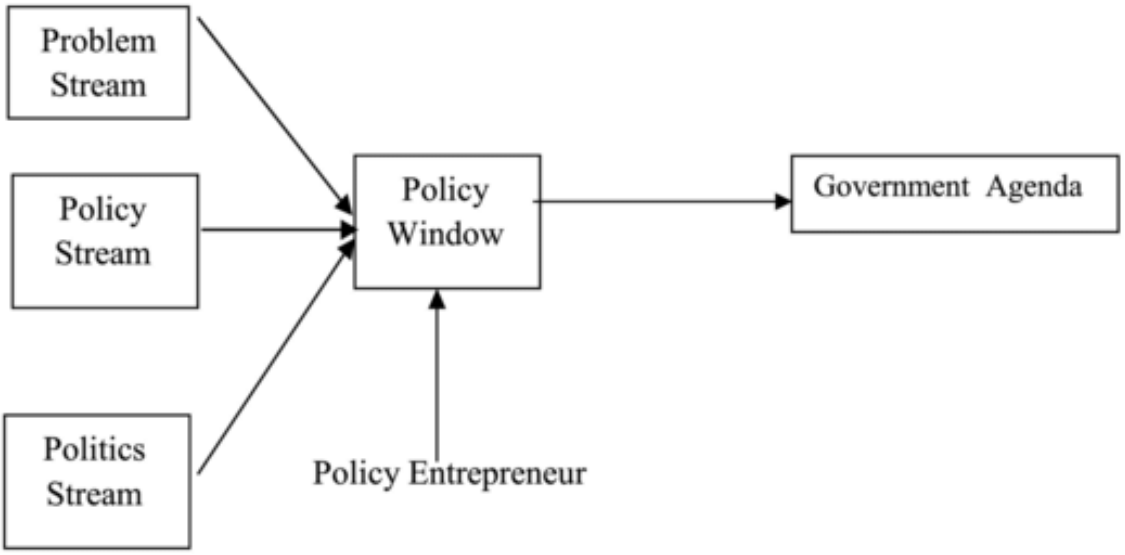
2.2 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E USO DA EVIDÊNCIA CIENTIFICA

O processo da tomada de decisão engloba diferentes etapas: o processo de escolha, identificação de uma decisão, reunião de informações e avaliação de resoluções alternativas, que contribuem para o processo de tomada de decisão. Sendo complexo e envolvendo diferentes atores, em saúde bucal ainda são poucos os dados que permitem a compreensão do processo de tomada de decisão para a

implementação de políticas de saúde bucal nos países que a adotaram como modelo de saúde público.

Para melhor compreensão das políticas públicas, deve-se entender como o tema foi inserido na agenda política dos países, sendo assim, o modelo teórico de Kingdon [11] (figura 2.1) contribui para a análise das políticas públicas, pois, neste modelo podemos estudar fatores que influenciam a inserção do tema na agenda política e decisão através de três correntes, a saber, a corrente dos problemas, das alternativas ou propostas e das políticas. O fluxo dos problemas analisa de que forma as questões são reconhecidas e os motivos que as levam a compor a agenda do governo e as respostas são dadas de acordo com percepção e interpretação da realidade por parte dos tomadores de decisão.

Figura - 2.1 - Modelo teórico de Kingdon



Fonte: Kingdon(1995, p.21)[11]

O processo de tomada de decisão em saúde é considerado complexo e permeado de subjetividade e incertezas, às vezes, a tomada de decisão carece de conhecimento; às vezes, embora o conhecimento seja suficiente, a tomada de decisão é atrasada; mesmo diante de evidências insuficientes, algumas decisões ainda são necessárias [12].

O rastreamento do processo político (process tracing) é uma metodologia desenvolvida ainda na década de 1970 foi sistematizada amplamente [13], e objetiva investigar os fenômenos políticos, identificando os mecanismos causais existentes entre as muitas variáveis observadas. Sobretudo, com a metodologia qualitativa pode-

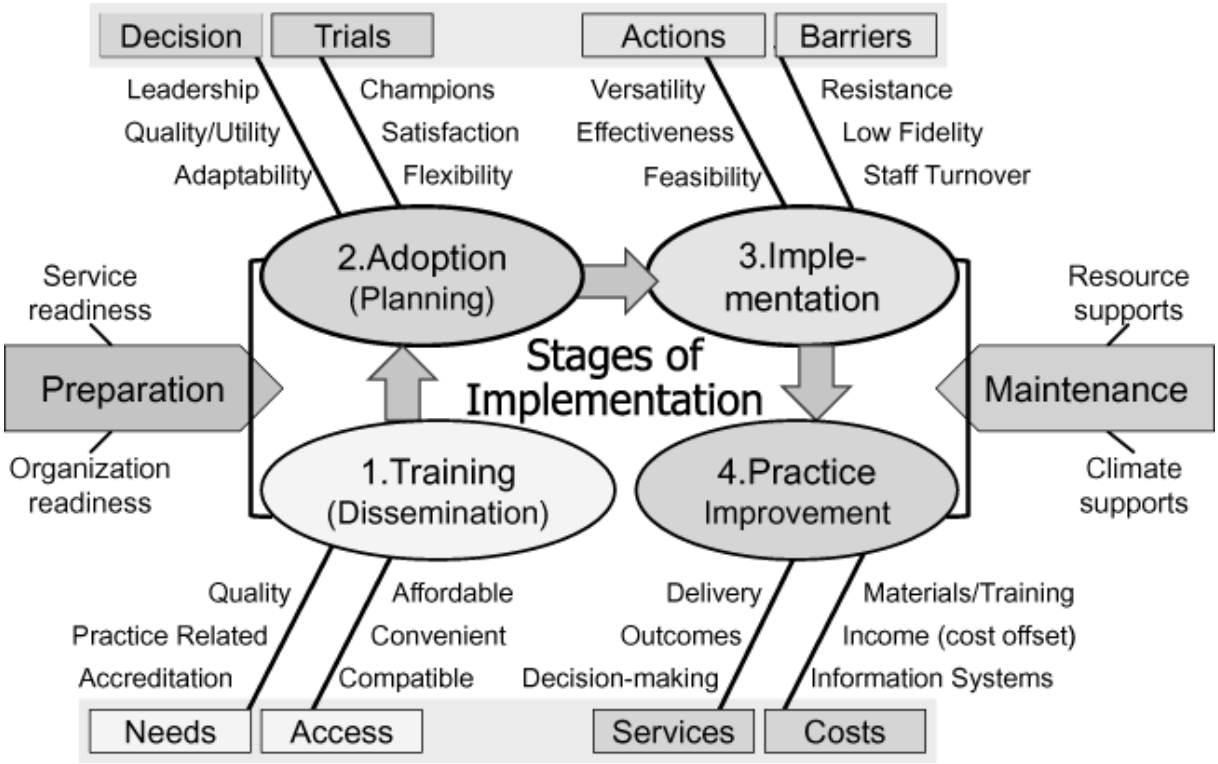
se estabelecer inferências que permitam compreender em profundidade os fenômenos e os atores chave estudados podendo assim, investigar a sua trajetória ao longo de um determinado intervalo de tempo [14].

Toda política pública tem finalidades específicas que, em termos gerais, que são definidos pelas demandas sociais existentes, possuem um ciclo de atenção e recursos e são baseados no espírito e capacidade do governante de perceber demandas sociais, processá-los, priorizá-los e incluí-los em sua agenda do governo.

É importante que a política seja abrangente e articulada com outras políticas e capaz de garantir uma atenção global ao problema e suas consequências. A gestão de políticas assume diferentes modalidades que dependem do sistema político e assume características específicas do contexto social e econômico e das especificidades dos grupos sociais.

O modelo teórico de Simpson [15] baseia-se em quatro “estágios de implementação de intervenções”, a saber: 1. disseminação de treinamento; 2. adoção - um estágio de planejamento e teste; 3. implementação e 4. melhoria da prática. Esse modelo é específico para a saúde bucal e permite a identificação desses estágios e os conceitos englobados em cada um deles. As etapas se integram e formam uma cadeia de eventos de fatores-chave permitindo a identificação dos fatores que permitem a sustentabilidade de uma inovação/intervenção em saúde bucal, enfatizando a prontidão da organização e sua infraestrutura de serviço para aceitar intervenções específicas.

Figura 2.2 - Modelo teórico de Simpson



Fonte: Simpson (2011, p.S86)[15]

O que precisa ser lembrado é que a mobilização do conhecimento é considerada um conceito guarda-chuva, que inclui vários fenômenos relacionados, tais como: transferência, transformação e uso do conhecimento.

O conceito de utilização de pesquisa em ciências sociais envolve a aplicação direta dos resultados de um determinado estudo para uma decisão pendente, espera-se que a pesquisa forneça evidências empíricas e conclusões que ajudam a resolver um problema de política, ou seja, uma decisão impulsiona a aplicação da pesquisa, desta maneira, a pesquisa fornece o conhecimento que falta para solucionar um problema ou compreender um fenômeno, este modelo é conhecido por “modelo de solução de problemas”. A pesquisa pode ser parte da formulação de políticas de duas maneiras: 1) antecedendo o problema e a política é elaborada conforme a necessidade; 2) as pesquisas podem chamar a atenção dos tomadores de decisão para elaborar as políticas [16].

A noção do uso conceitual da evidência foi introduzida em 1977, destacando seu uso como um esclarecimento, ou seja, quando a pesquisa influencia a forma como os formuladores de políticas e profissionais pensam sobre questões, problemas ou

soluções potenciais. Os defensores da política baseada em evidências muitas vezes lamentam o papel da política, valores e ideologia neste processo, eles sugerem que usar a pesquisa deve produzir decisões mais racionais, há quem também argumenta o oposto, a pesquisa é frequentemente usada como uma arma na mão de políticos[17].

O uso dos resultados de pesquisa pode ser classificado em três tipos: o uso instrumental envolve a aplicação resultados de pesquisas de maneiras específicas e diretas; uso conceitual envolve o uso resultados de pesquisas para esclarecimento geral; os resultados influenciam as ações, mas muito mais indiretamente e menos especificamente do que no uso instrumental; e por último, o uso simbólico envolve usando resultados de pesquisas para legitimar e sustentar posições predeterminadas [18], entretanto, ainda existem discussões sobre como os pesquisadores conceituam a tomada de decisão.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL

Tendo em vista as reformas neoliberais que ocorrem na América Latina, pode-se considerar que existem três tipologias de modelos de sistemas de saúde: o modelo universal brasileiro; o modelo dual chileno, e o modelo plural da Colômbia, iremos descrever brevemente como os países deste estudo adotaram medidas para a saúde bucal nos seus sistemas de saúde [19].

2.3.1 Políticas públicas em saúde bucal – Brasil

A prática da odontológica no país foi se organizando ao longo dos anos, entre 1879 e 1881, foram promulgados Decretos que criaram estabelecimentos de formação em odontologia, e foi então iniciada a institucionalização dos cursos de Odontologia pelo decreto 9311 de 25 de outubro de 1884, porém, somente em 1966, a lei 5081 regulamentou o exercício da odontologia no território nacional.

No Brasil, desde a década de 20, a saúde pública foi marcada por tentativas de expansão, porém foi em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi proposto não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. A promulgação da Constituição de 1988 representou a extensão dos direitos sociais em nosso país [20].

Apesar do avanço obtido com a promulgação da Constituição de 1988, o acesso a saúde ainda apresenta dificuldades, entretanto, as oportunidades de uso de

serviços de saúde antes e após a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) mostram avanços na saúde do país. Esses avanços foram ratificados e impulsionados com as Leis 8080 e 8142/1990, assim com o SUS, obrigado em Lei, incluía-se a metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde [21].

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993) descreve o modelo de prestação de serviços odontológicos no país, como sendo um modelo de saúde bucal limitado e ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais, com baixo impacto social e sem contato com as demandas epidemiológicas da população, além de ser descoordenado, individualista e de alto custo. A incorporação das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família, em 1994, foi uma estratégia para reorientar o modelo assistencial brasileiro que se caracterizava pela prática hospitalocêntrica, utilização irracional dos recursos tecnológicos e baixa resolutividade [22].

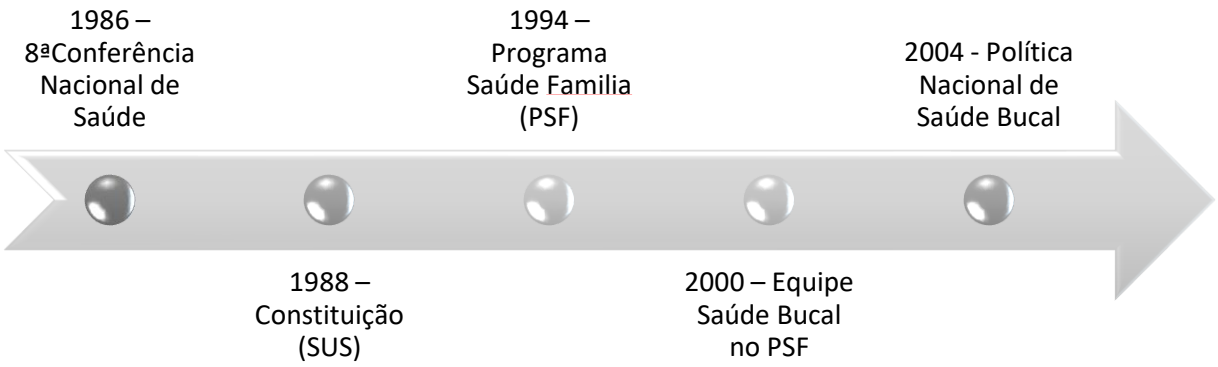
Em 2004, foi criado a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Brasil Sorridente, onde a saúde bucal foi declarada área estratégica e alinhado com os princípios da estratégia de saúde da família, a rede de cuidado em saúde bucal foi pensada com base nas linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde [23]. Houve um crescimento substancial das equipes de saúde bucal, trabalhando em conjunto com equipes de saúde da família (médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) na Atenção Primária em Saúde (APS)[24]. Além do fortalecimento da APS a PNSB previu a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são referências para atendimento no nível secundário de atenção, e contam com especialidades mínimas, como periodontia, prótese, estomatologia, pacientes com necessidades especiais e endodontia.

Foram realizados levantamentos nacionais para identificar o perfil epidemiológico da população brasileira, estes estudos mostraram que houveram melhorias na situação da saúde bucal dos indivíduos, em 1986 encontrou-se um índice CPOD de 6,7 para 12 anos, em 2003 esse valor foi para 2,8 e em 2010 passou para 2,1 [25], apesar da melhoria das condições nas crianças, a população adulta ainda apresenta piores condições de saúde bucal. Outros estudos que também colaboraram para a identificação do acesso ao serviços de saúde foram as PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio), que incluíram o componente saúde bucal em sua avaliação, e mostram a evolução do acesso aos serviços de saúde, em 1998 quase 20% da população brasileira nunca havia se consultado com um dentista, esse

número foi para 15,9% em 2003 e 11,7% em 2008, sendo que cerca de um terço dos atendimentos odontológicos entre 2003 e 2008 foram realizados pelo SUS [26].

A linha do tempo dos eventos relacionados a saúde bucal no Brasil está na figura 2.3.

Figura 2.3 - Principais eventos de saúde no Brasil



Fonte: a autora.

2.3.2 Políticas públicas em saúde bucal - Chile

A história política do Chile é caracterizada por disputas políticas e governos instáveis, no ano de 1970 o candidato socialista Salvador Allende foi eleito presidente do país, isso causou diversas disputas internas de poder e desagradou a grupos políticos alinhados com interesses internacionais, o que levou o país a uma série de embargos internacionais, levando a uma grave crise econômica, principalmente por pressão dos Estados Unidos. Conspirações e sabotagens foram organizadas e então em 11 de setembro de 1973 um golpe militar tomou o poder no Chile após invadir o Palácio Presidencial “La Moneda” , onde o então presidente Salvador Allende se suicidou e em seu lugar assumiu Augusto Pinochet, este período de ditadura foi extremamente violento e repressor, tendo fim em 1990 após um plebiscito[27].

Em 1980, após um plebiscito, ainda durante o regime militar e com polêmicas envolvidas em sua realização, foi aprovada a Constituição, também em 11 de setembro, esta constituição foi idealizada pelo professor de direito e senador de extrema direita Jaime Guzmán, e redigida de modo a dificultar alterações sendo

necessário um quórum elevado para alterar qualquer ponto. Diversas emendas foram realizadas ao longo dos anos para alterar as características dessa constituição, cuja marca foi a privatização total da previdência social, o Estado ficou restrito apenas a garantir o acesso dos indivíduos a serviços públicos ou privados, configurando-se ademais um modelo assistencial, aprofundando as desigualdades sociais [28]. A população chilena de cerca de 18 milhões de habitantes (2019)[29] mobilizou-se ao longo dos últimos anos, e em 25 outubro de 2020, os chilenos votaram em um referendo a elaboração de uma nova Constituição mais justa para todos [30].

O artigo 19 da Constituição de 1980 prevê o direito à proteção da saúde, onde o Estado protege o acesso livre e igualitário as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação do indivíduo. Sendo também responsável pela coordenação e controle das ações relacionadas à saúde, devendo o Estado garantir a execução das ações de saúde, sejam elas realizadas por instituições públicas ou privadas, na maneira e nas condições determinadas por lei, onde cada pessoa tem o direito de escolher o sistema de saúde que deseja usar, seja estadual ou privado[31].

O sistema de saúde chileno é caracterizado como *misto* público/privado, cabe ao Ministério da Saúde (MINSAL) o papel diretor em todo o setor, o qual está integrado por três grandes grupos de instituições: 1) o Sistema Nacional de Serviços de Saúde - SNSS, é composto pelo setor público FONASA (Fondo Nacional de Salud) regionalizado em 26 Serviços de Saúde (hospitais, centros especializados e de emergência) e um Serviço de Saúde Ambiental para a Região Metropolitana de Santiago, e o nível primário (consultórios, postos e estações médico-rurais); 2) o setor privado lucrativo e não lucrativo regulado pela Superintendência de ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) do Ministério; e 3) os serviços médicos das Forças Armadas e Polícia, da Universidade do Chile e outros. Os serviços que envolvem a saúde pública, como vacinação, hemodiálise e vigilância epidemiológica são prestados pelo Estado independente da opção do cidadão e o acesso à atenção médica e hospitalar é estratificado segundo o nível sócio-econômico dos beneficiários e qualidade do serviço [28] , ou seja, trata-se de um modelo dualista caracterizado pela conformação de um sistema de seguros compulsórios, no qual o seguro público atua como um subsídio aos seguros privados, cobrindo os setores menos dinâmicos da economia, que são rejeitados pelas seguradoras privadas [19].

O FONASA é responsável pelo atendimento de 75% da população (2018), e presta serviços públicos [32] este sistema financia parte ou a totalidade do valor estabelecido para o procedimento de saúde. É composto por beneficiários “cotizante” que contribuem com 7% do rendimento tributável, e beneficiários “no cotizante” que são indivíduos que não conseguem contribuir para o sistema, como desempregados e pessoas em situação de pobreza. Todos os beneficiários e seus dependentes são classificados em faixas e os valores dos procedimentos e cobertura varia de acordo com a seguinte classificação de renda em pesos chilenos (CLP): faixa A (indivíduos sem recursos – Isento de co-pagamento na rede pública); faixa B (renda menor que CLP326.500 – Isento de co-pagamento na rede pública e permite acesso à compra de títulos em estabelecimentos privados conveniados à FONASA (Modalidade Livre Escolha - MLE); faixa C (renda entre CLP326.500 e CLP476.690 – bonificação de 90% na rede pública e permite acesso à compra de títulos em estabelecimentos privados conveniados à FONASA (Modalidade Livre Escolha - MLE); faixa D (renda acima de CLP476.690 – bonificação de 80% na rede pública permite acesso à compra de títulos em estabelecimentos privados conveniados à FONASA (Modalidade Livre Escolha - MLE). Os beneficiários do FONASA de acordo com as faixas de renda têm a seguinte distribuição: A (24,7%), B (32%), C (17,7%) e D (25,7%) [32].

A Modalidade Livre Escolha (MLE) é composta por prestadores privados que assinaram convênio com o FONASA, existem cerca de 440 pontos de atendimento presencial, para compra de títulos, as pessoas podem ser atendidas em estabelecimentos privados ou com algum profissional de saúde o qual tenham algum convênio. A divisão da prestação de cuidado do sistema de saúde chileno consiste em atendimento gratuito pelo Estado para pessoas com pouca ou nenhuma condição de pagamento, o setor médio pode optar pela MLE fazendo co-pagamento nos prestadores privados e as maiores rendas são atendidas pelo ISAPRES [33].

Criadas em 1981, as ISAPRES são entidades privadas que operam com base em regime de seguros, com permissão para receber e administrar a contribuição obrigatória de saúde, 7% da remuneração tributável dos trabalhadores e pessoas singulares, sendo estes trabalhadores livres para optar pela ISAPRES em vez da FONASA, assim as ISAPRES financiam os benefícios de saúde e o pagamento de licenças médicas, concedidos por meio da contratação de serviços médicos [34], segundo dados do MINSAL, em 2018, 18% da população chilena optou pela ISAPRES [32].

Os primórdios da odontologia no Chile, data de meados do século XIX, onde os barbeiros que cuidavam das extrações dentárias e que praticavam "sangramento" em seus clientes passaram a ser chamados de flebotomíneos. Naquela época, não havia intenção oficial no Chile de realizar cursos de licenciatura em odontologia. A primeira iniciativa surgiu em 1853, quando o administrador do hospital San Juan de Dios, Antonio de Torres y Irarrázabal, sugeriu ao presidente Manuel Montt a necessidade de ministrar cursos de flebotomia, que era composto por um ano de duração, e mais um ano de prestação de serviços no hospital, para os alunos exercitarem seus conhecimentos. Em 1877 o curso ficou sob responsabilidade do Dr. Miguel Semir resultando em grandes avanços técnicos e práticos, assim surgiu a ideia da criação de uma Faculdade de Odontologia, que se concretizou em 1888, quando foi incorporado como anexo ao Hospital São Vicente de Paulo, inicialmente com 2 anos de duração e dependente da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile[35]. Um fato curioso que deu destaque a odontologia foi um incidente diplomático em 1909, entre Chile e Alemanha, devido a um incêndio em um prédio da delegação alemã no qual culminou com a declaração da morte do chanceler alemão Guillermo Beckert Trambauer e do desaparecimento de um funcionário chileno do edifício, Exequiel Tapia, junto com alguma quantia em dinheiro, o que gerou especulações de que havia acontecido o assassinato de Becker, mas após análises do crânio e dos dentes do corpo carbonizado foi provado que quem havia morrido no incêndio foi Tapia e como agradecimento pelo excelente trabalho foi oferecido uma recompensa ao Governo Chileno como maneira de desfazer o incidente diplomático, assim, o Dr. Gérman Valenzuela, dentista responsável pela solução do caso, solicitou a construção de uma moderna faculdade de odontologia para o país [35], porém, apenas em 1952 foi promulgada a lei que equipara o cirurgião dentista aos outros profissionais da saúde, sendo um marco importante para a odontologia no país.

A reforma educacional chilena de 1981 abriu o ensino superior ao mercado com base na implantação do modelo de livre-mercado, centrado na necessidade de introduzir doses crescentes de competitividade em cada um dos setores da atividade econômica, aumentando sobremaneira a participação de setores privados, com o objetivo de diminuir a estrutura estatal e as responsabilidade do Estado na produção de bens e serviços, se por um lado essa medida ampliou a cobertura e acesso ao ensino superior, por outro gerou problemas relacionados a má qualidade do ensino e trouxe impactos principalmente para a área da saúde. A odontologia tem sido uma

das áreas mais afetadas pela desregulamentação do ensino superior, existem 39 programas universitários de odontologia, dos quais cinco são ministrados por universidades públicas, outro ponto é a distribuição e como esses profissionais são incluídos no mercado de trabalho [36,37]. A universidade deixou de ser sinônimo de educação superior, abrindo-se a uma gama de níveis e possibilidades, acarretando na desorganização do sistema, aumentando o número de instituições de ensino e diferenciação da oferta de cursos e vagas [38].

O Chile tem priorizado a saúde bucal em suas políticas públicas, de acordo com o MINSAL, a Política de Saúde Bucal visa a prevenção e promoção da Saúde Bucal da população, com ênfase nos grupos mais vulneráveis, considerando atividades de recuperação em grupos priorizados por meio de ações econômicas com base nas melhores evidências disponíveis [39].

A década de 2000-2010 foi caracterizada pela inclusão de saúde bucal nos Objetivos de Saúde do MINSAL, mas, em termos práticos, não houve grandes mudanças, permaneceu a priorização de crianças e adolescentes e gestantes. Foram elaboradas estratégias preventivas para menores de 20 anos, e adolescentes de 12 anos, também deu início ao programa preventivo nos jardins de infância, o atual “Sembrando Sonrisas” [40], que é um programa realizado juntamente com o Ministério da Educação, para a realização de consultas odontológicas, aplicação de verniz de flúor duas vezes ao ano, entrega de dentifrícios e escovas dentais, ensino de técnicas de educação e atividades de educação em saúde para crianças de 2 a 5 anos de idade.

Em 2004, a lei 19.966 estabelecida como “Lei GES” (Garantia Explicita de Salud), trouxe benefícios para filiadas FONASA ou ISAPRES, no seu lançamento contemplava 56 patologias [41], em 2019 já passavam de 85 [42], as garantias incluem direito a prestação de saúde, tempo máximo de espera e qualidade de serviço. A odontologia foi incluída no GES ao longo dos anos, sendo em atualmente são cinco componentes: crianças de 6 anos (2005), paciente com fissura labiopalatina (2005), urgência e emergência (2007), adultos com 60 anos (2007) e gestantes (2010) [43].

No início da década 2011-2020, foi estabelecido como meta para a saúde bucal a prevenção e redução das doenças bucais, com ênfase nos mais vulneráveis. Uma das principais estratégias propostas para atingir as metas de saúde descritas é o Modelo de Intervenção Promocional e Preventiva de Doenças Orais, para a instalação precoce dos hábitos de higiene e alimentação saudável em crianças envolvidas no

sistema de educação pré-escolar e escolar e, o reforço do componente da saúde bucal no modelo de atenção integral focado na família e na comunidade [44].

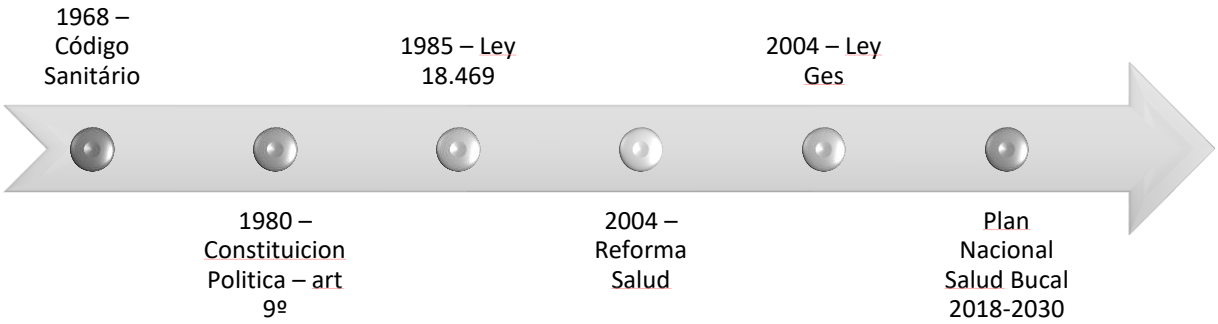
No ano de 2018 foi proposto um “Plan Nacional de Salud Bucal - 2018-2030”, cujo objetivo é melhorar a situação da saúde bucal e reduzir as desigualdades baseando-se nos conceitos de equidade, intersetorialidade e participação cidadã, e com metas a serem atingidas a curto, médio e longo prazo, em quatro eixos estratégicos: promoção da saúde e prevenção de doenças; prestação de serviços de qualidade; desenvolvimento de recursos humanos; e pesquisa, monitoramento e avaliação [45].

Durante o processo de reformas de saúde do país e seguindo orientações internacionais, em 2000, o MINSAL iniciou a Vigilância de Doenças Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco (Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo - VENT). Nos anos seguintes, foram realizados estudos nacionais para identificar a situação epidemiológica da população, dentre eles três “Encuestas Nacionales de Calidad de Vida y Salud” e três “Encuestas Nacionales de Salud - ENS” estes estudos foram realizados no período entre 2000 e 2016 [46] .

Durante a realização das ENS, as informações de saúde bucal foram coletadas por enfermeiros, tendo um índice de concordância, durante o treinamento, com os dentistas de cerca de 70%, outro ponto crítico é a falta de padronização para a estratificação das faixas etárias, o país classificou a população adulta em: 25-44 anos; 45-64 anos; e > 65 anos, diferente do proposto pela OMS que é 35-44 anos e 65-74 anos [47], além disso, as ENS não especificas para saúde bucal, e foram realizadas na população adulta. Estudo realizado com escolares pelo MINSAL (2007), identificou a presença de altas taxas de cárie na população infantil, com prevalência de 70,3% em escolares de 6 anos e 62,5% em crianças de 12 anos, novamente observa-se que o levantamento não seguiu as orientações da OMS de avaliar, preferencialmente, crianças de 5 anos [48,49]. Houveram melhorias em relação aos programas e políticas de promoção e prevenção de saúde bucal no país, entretanto, ainda se observa a ênfase em grupos prioritários [30].

Resumidamente podemos organizar os principais acontecimentos em saúde de acordo com a figura 2.4.

Figura 2.4 - Principais acontecimentos em saúde no Chile



Fonte: a autora.

2.3.3 Políticas públicas em saúde bucal - Colômbia

A Colômbia caracteriza-se por ser uma república unitária, descentralizada e presidencial democrática. Conforme previsto em sua constituição de 1991, regendo o princípio da separação dos poderes: executivo, legislativo e judiciário. O chefe do poder executivo é o presidente, que é eleito por voto popular para mandatos de quatro anos limitado a um máximo de dois mandatos. Ao nível provincial o poder executivo é exercido pelos governadores de departamentos, prefeitos municipais e os administradores locais para as subdivisões administrativas [50], sua população é de aproximadamente 50milhões de habitantes(2019)[29].

Durante as primeiras décadas de independência da Espanha, a odontologia na Colômbia era praticada como tinha sido durante a época colonial, com atendimentos restritos e casos complexos sendo tratados por médicos, dentre os dentistas mais respeitados dessa época destacou-se em 1825, o dentista francês Henri Fonvielle que trouxe para o país técnicas odontológicas avançadas. A primeira Faculdade de Odontologia de Bogotá (capital da Colômbia) foi fundada em 1888, graças a Guillermo Vargas Paredes, pai da Odontologia na Colômbia, e a Alejandro Salcedo e Nicolás Rocha Caicedo; tornando-se o primeiro centro de treinamento odontológico profissional da Colômbia. Em 1905, o exercício da Odontologia foi regulamentado pela primeira vez, durante o governo do General Rafael Reyes. Em 1926, um grupo de dentistas fundou a Federação Odontológica Colombiana para fortalecer a atuação profissional, científica e acadêmica [51] . A Faculdade de Odontologia de Antioquia em

Medellín (Escuela Dental), fundada em 1919 pelo Dr. Abel Uribe-Jaramillo, não só teve um dos currículos odontológicos mais abrangentes de seu tempo, mas também os médicos e dentistas mais respeitados e disponíveis no Departamento de Antioquia [52].

A Lei 10 de 1962 reconhece legalmente o exercício profissional da odontologia na Colômbia, que é regido pelo código de ética profissional promulgado pela Lei 35 de 1989, que contém a declaração de princípios, prática profissional e sua relação com pacientes, colegas, pessoal auxiliar, instituições, sociedade e Estado [53].

O período de 1970 a 1989 caracteriza-se pela criação do “Sistema Nacional de Salud” sob o regime de subsídio, no qual os recursos do governo central para a saúde eram transferidos para a rede de instituições hospitalares públicas. Nesse período, o serviço de saúde passa a fazer parte do planejamento socioeconômico do país. Também foi criado um esquema de financiamento tripartido (Estado - Empregadores - Empregados) para a prestação de serviços de saúde à população trabalhadora formal, mas tal sistema ainda não oferecia atendimento integral à saúde da população menos favorecida [54].

Com a promulgação da constituição no ano de 1991 incorporou-se a noção de Estado social de direito, garantindo o acesso universal à seguridade social, onde a saúde passa a ser vista como um direito e não como um ato de beneficência do Estado [50]. A lei 100 (1993) cria o SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), contendo três eixos principais: saúde, pensão e riscos laborais, trazendo a mudança de olhar, passando de um modelo assistencialista e centralizado para um sistema geral de seguridade social em saúde, até então, o sistema de saúde era dividido em três subsetores, cada um com seu próprio financiamento, sistema de prestação de serviços e, na prática, sua própria população-alvo, portanto, a “Lei 100” propôs a unificação desses setores em um novo sistema que visava melhorar a eficiência e a equidade dos serviços de saúde [55].

O sistema e saúde colombiano é organizado sob o modelo que Londoño e Frenk [56], denominaram Pluralismo Estruturado, no qual, em vez de nacionalizar o sistema de saúde, o governo incentiva a operação de muitos provedores de saúde (Instituiciones Prestadoras de Salud - IPS) e seguradoras (Entidad Administradores de Planes de Beneficios de Salud - EAPB) de acordo com regras estabelecidas pelo governo. Os usuários escolhem a EAPB que desejam para realizar o atendimento de

saúde, desta maneira, a lei define as taxas e os serviços que devem ser oferecidos, as EAPB só podem competir em termos de qualidade dos serviços oferecidos e sua atenção para usuário [57]. A reforma colombiana impulsou o subsídio à demanda e a separação de funções, associando o acesso aos serviços à aquisição de seguros que cobrem as ações em saúde estabelecidos em um pacote padronizado, estabelecido pelo nível nacional [19].

O sistema de saúde é estruturado em dois regimes (contributivo e subsidiado), com acesso regulado pelo governo, que realiza inquéritos anuais para classificar o nível de renda e das necessidades da população cadastrada no Sistema de Identificação de Beneficiários de Subsídios do Estado (SISBEN) [58]. A base de sustentação financeira do sistema é a contribuição dos trabalhadores (4% de cada salário recebido) e dos patrões (8% sobre cada salário pago). Apesar dos avanços trazidos pela reforma de 1993, que era baseada em um modelo de competição regulada, a Lei 1438 de 2011, a mais recente regulamentação do SGSSS, traz a unificação do “Plan Beneficios en Salud” (PBS), sendo o mesmo para os regimes contributivo e subsidiado, o Estado assume ainda a cobertura das ações não - PBS e a assistência da população não filiada mediante um critério de prioridade no atendimento a grupos vulneráveis como crianças, pobres e portadores de doenças graves [59,60].

De acordo com Calderón e colaboradores, em uma revisão de literatura foi observada que a taxa de cobertura medida por afiliação contributiva e subsidiada era de aproximadamente 92% da população total, e que o sistema de saúde tem contribuído para o crescimento da renda dos mais pobres, mas devido à falta de cobertura universal, e diferenças nos planos e nos gastos ainda persiste a desigualdade, desta maneira, o SGSSS ainda não atingiu a universalidade e está estagnado em termos de acesso aos serviços e equidade [58].

É importante lembrar que antes da Constituição de 1991, não existia a percepção da saúde como um direito, sendo apenas um benefício para aqueles que possuíam vínculo empregatício, a Constituição inseriu o conceito de saúde como um serviço público cuja prestação poderia ser realizada por entidades privadas ou públicas, sob constante vigilância e controle do Estado, entretanto, um grande avanço foi trazido pela lei 1751 de 2015 que regulou o direito fundamental a saúde declarando

que “o direito fundamental para a saúde é autônomo e inalienável individual e coletivamente” [61].

Quanto a saúde bucal, é de extrema importância a existência de programas, estratégias e projetos com foco em redução da prevalência de doenças como cárie e doenças periodontais. A saúde é um direito humano básico, onde as questões de saúde bucal afetarão a qualidade de vida dos indivíduos, portanto, a prática da saúde bucal tem responsabilidades técnicas, biológicas e sociais do ponto de vista social, sendo uma área de ação política e ainda em construção na Colômbia [62].

Em 2001, com a participação de atores envolvidos na comunidade, academia e outros setores foi proposta a criação de uma Política Pública de Saúde Bucal na cidade de Bogotá D.C. com o qual foi formulado um primeiro documento que permitiria a geração de políticas públicas territoriais que tivessem vontade política, recursos econômicos e humanos qualificados. No ano de 2004, em Bogotá, foi materializada a “Política Pública de Salud Oral”, que tinha como objetivos garantir o acesso e qualidade na atenção à saúde e melhorar os indicadores de saúde bucal, com metas a serem concluídas até o ano de 2010, este documento foi atualizado em 2011, com metas em 4 eixos, que englobam ações nos seguintes temas: 1) gestão da política de saúde bucal; 2) modelo de gestão e atenção dos serviços; 3) fortalecimento da gestão dos recursos humanos; 4) produção e divulgação de conhecimento, que devem ser alcançados até 2021[63]. Outros territórios da Colômbia desenvolveram políticas de saúde bucal nos anos seguintes, como Manizales (2007-2017) e Medellin (2013-2022) que buscam por meio do processo participativo de articulação das respostas institucionais e sociais dos atores da prática odontológica a promoção da saúde pública, para responder às necessidades da população de forma integral e intersetorial.

A Atenção Primária à Saúde foi introduzida como elemento orientador do sistema de saúde no ano de 2011, através da Lei 1438, visando fortalecer a ação coordenada do Estado, das instituições e sociedade para a melhoria da saúde e a criação de um ambiente saudável, e buscando maior qualidade e equidade, na qual o foco seja os cidadãos do país [64]. Após duas décadas de reformas de mercado na América Latina, e diante de uma profunda crise de sistemas de saúde (em termos de resultados e financiamento), esta é uma fórmula proposta para a reorganização dos sistemas e serviços de saúde no mundo, promovida como agenda renovada pela

OPAS-OMS, concebida como estratégia, função do sistema e da forma de organização das intervenções em saúde [65].

A Resolução 3.577 de 2006 adota o “Plano Nacional de Saúde Bucal” cujo conteúdo deve ser desenvolvido a partir das competências dos atores do SGSSS e das outras entidades, instituições e recursos humanos relacionados à saúde bucal, sob a orientação do Ministério da Proteção Social [66]. Dentro do plano nacional de saúde pública de 2007 a saúde bucal foi incluída como uma das prioridades em saúde do país, conforme disposto na lei 1122 de 2007.

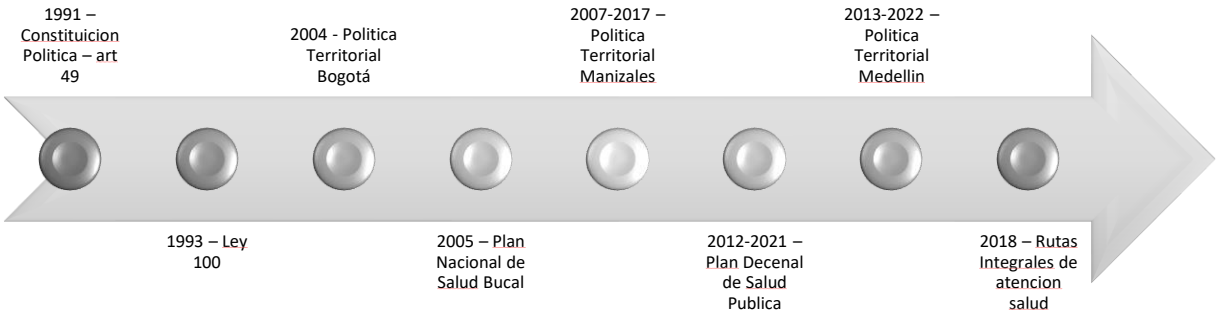
A Resolução 1.841 de 2013, adota o “Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021” e inclui a saúde bucal como uma de suas dimensões prioritárias, cujas metas para 2021 incluem um aumento de 20% nas práticas de autocuidado da saúde bucal e promover a construção, o desenvolvimento, monitoramento e avaliação de processos que permitam à população aumentar o controle sobre sua saúde e bem-estar; e ter influência política e exercer controle social para a promoção de saúde [67].

Uma das maneiras de identificar as necessidades e a situação da saúde bucal da população é a realização de estudos nacionais de saúde bucal, a Colômbia realizou quatro estudos epidemiológicos nacionais, sendo eles: “Investigación Nacional de Morbilidad” (1965-1966); “Estudio Nacional de Salud” (1977-1980); “Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III – 1998) e “Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV – 2014). Os dois primeiros estudos não foram específicos de saúde bucal, mas continham o componente saúde bucal em seu escopo, e a última ENSAB usou índice ICDAS (Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie) para a população menor de 3 anos. Dentre os resultados destes estudos observou-se uma diminuição no índice CPOD [68] (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) em crianças de 12 anos passando de 7,1 (1966), 4,8 (1977-1980) e 2,3 (1998) e 1,51 (2014)[69], pode-se dizer que houveram melhorias na prevalência de cárie nessa faixa etária, porém quando se observa outras faixas os resultados não progrediram positivamente, a tendência de piora das condições é mantida à medida que os estágios do curso de vida progridem.

O resultado desses estudos demonstrou a necessidade de intervenções e fez da saúde bucal um tema de discussão na agenda política do governo, onde decisões e / ou diretrizes políticas nacionais vêm sendo elaboradas e formalizadas em favor da melhoria das condições de saúde bucal da população e da regulamentação da prática profissional.

Na Colômbia os eventos podem ser resumidos de acordo com figura 2.5.

Figura 2.5 - Principais acontecimentos em saúde na Colômbia



Fonte: a autora.

3 PROPOSIÇÃO

Temos como hipótese do nosso estudo a seguinte consideração: a criação de políticas públicas em saúde bucal é influenciada por fatores externos e internos para sua inserção na agenda política, os atores envolvidos nestas políticas sofrem influência destes fatores para sua tomada de decisão em inserir temática na agenda política local.

Desta forma, os objetivos do estudo são:

1) Identificar e analisar como se deu o uso da evidência cientifica no desenvolvimento das políticas públicas em saúde bucal nos países estudados.

2) Identificar e analisar o processo de inserção da saúde bucal na agenda política dos países

3) Identificar e analisar os principais facilitadores e barreiras que influenciaram a existência ou ausência de programas e a saúde bucal nas políticas dos países estudados.

4 METODOLOGIA

No contexto da pesquisa qualitativa, o estudo de caso é descrito como uma estratégia investigativa, cujo propósito é estudar o caso e suas particularidades, sendo uma escolha metodológica, que precisa ser imersa e revelar suas condições [70]. O estudo de caso exige que os pesquisadores sejam sensíveis e hábeis na interpretação e recorrência do objeto revelado, bem como um cuidado moral quanto à transparência das etapas e à socialização dos resultados, sendo, portanto, uma forma de expressar a realidade detalhada.

Este estudo qualitativo levanta a experiência de três países latino-americanos, Brasil, Colômbia e Chile, relacionados à implementação de políticas de saúde bucal na agenda política e nos respectivos sistemas de atenção à saúde.

Foram realizadas entrevistas individuais e in loco, com uso de roteiro semiestruturado para coleta de dados (Anexo A), este roteiro foi elaborado de maneira a incluir questionamentos sobre: como se deu o processo de tomada de decisão política; o uso da evidência cientifica para apoiar essa decisão e quais foram as principais barreiras e facilitadores encontradas no momento da implementação da política de saúde.

Os entrevistados foram identificados por informantes-chave de cada país, e foi proposto entrevistar os sujeitos nos níveis descritos abaixo: 1) nível político foram incluídos os tomadores de decisão no cargo de decisão política (por exemplo, coordenadores de saúde bucal); 2) nível de diretoria, foram identificados cargos como diretor de saúde bucal; 3) nível técnico, identificamos cargos que atuavam diretamente com o nível político, por exemplo, Conselheiro de saúde bucal; 4) o nível acadêmico incluiu professores e pesquisadores que se envolveram com o nível técnico e / ou político; 5) nível dos serviços de saúde, incluímos os trabalhadores que prestam cuidados clínicos diretamente à comunidade.

As entrevistas individuais foram gravadas e posteriormente transcritas, as informações foram codificadas e agrupadas em categorias com a utilização do software Maxqda® [71].

4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (corpus), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. Um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento [72].

Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo; confere ao método relevância teórica, implicando pelo menos uma comparação onde a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor, desta forma, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores.

Após transcrição das entrevistas iniciou-se a etapa de leitura flutuante do conteúdo de modo a buscar identificar os temas e categorias de análise das entrevistas.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

As informações coletadas garantiram o sigilo e a preservação integral do sujeito da pesquisa. Tendo em vista a possibilidade de constrangimentos dos profissionais entrevistados no ambiente de trabalho, todos os documentos e discursos em que possam ser identificados os sujeitos da pesquisa foram cuidadosamente arquivados pelo pesquisador responsável, bem como, nas transcrições, os nomes foram substituídos por siglas e códigos.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa, de forma voluntária, deixando claro que não há benefício direto a ele, e foram informados de seu direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo no seu ambiente e relações de trabalho, a pesquisa foi iniciada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B).

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP sob o parecer número CAAE: 92350418.1.0000.0075.

5 RESULTADOS

Essa tese se dividirá em três capítulos principais, no primeiro capítulo, intitulado “Políticas de saúde bucal e o processo de tomada de decisões informadas por evidência: a influência da evidência cientifica” será o ponto de partida a compreensão de como a evidência cientifica foi usada no processo de tomada de decisão política.

Em seguida, no segundo capítulo “Políticas De Saúde Bucal E Agenda Política No Brasil, Colômbia E Chile” iremos analisar como a saúde bucal foi inserida na agenda dos países estudados.

No terceiro capítulo, será apresentado as barreiras e facilitadores para a inserção de programas e políticas de saúde bucal no Brasil, Chile e Colômbia, sendo este intitulado “Política De Saúde Bucal Na América Latina: Desafios Para Uma Melhor Implementação”.

5.1 CAPÍTULO 1 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL E PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS: A INFLUÊNCIA DA EVIDÊNCIA CIENTIFICA

RESUMO

Políticas públicas em saúde bucal são fundamentais para ampliar o acesso e a atenção à saúde bucal às populações. O uso de evidências científicas para a tomada de decisões políticas é conhecido por ser um fator importante e que deve ser considerado pelos formuladores de políticas. Este estudo teve como objetivo analisar a utilização de evidências científicas para o processo de tomada de decisão em políticas públicas de saúde bucal. Trata-se de um estudo de caso múltiplo, com Brasil, Chile e Colômbia, entrevistas individuais semiestruturadas foram conduzidas com formuladores de políticas. A análise dos dados foi realizada no software Maxqda®, utilizando uma codificação pré-estabelecida de acordo com a teoria da definição do que é evidência e como se estabelece. O uso de evidências instrumentais e políticas / simbólicas foi identificado a partir do inquérito epidemiológico nacional de saúde. A utilização conceitual foi observada na tomada de decisão a partir de fóruns de discussão com equipes técnicas e acadêmicas. No Chile, evidências, como a opinião de especialistas e fóruns intersetoriais com a população, foram utilizadas para identificar suas demandas e, assim, propor programas / políticas. A tomada de decisão baseada em evidências é importante para o desenvolvimento de políticas públicas, entretanto, é necessário criar e fortalecer estratégias para que a tradução do conhecimento o torne disponível para a comunidade e os tomadores de decisão a fim de aumentar a qualidade da deliberação pública.

ABSTRACT

Public policies in oral health are fundamental to increase access and oral health care to populations. The use of scientific evidence for political decision-making is known to be an important factor to be considered by policymakers. This study analyzed the use of scientific evidence for the decision-making process in oral health public policies. Multiple-case study, with Brazil, Chile and Colombia, individual semi-structured interviews were conducted with policymakers. Data analysis was performed using

Maxqda® software, using a pre-established coding according to the theory of the definition of what evidence is and how it is established. The use of both instrumental and political/symbolic evidence was identified from the national epidemiological survey in all countries. Conceptual use was observed in decision-making from discussion forums with technical and academic teams. In Chile, evidence, such as the expert opinion and intersectoral forums with the population, was used to identify their demands and hence to propose programs/policies. Evidence-based decision-making is important for developing public policy, however, creating and strengthening strategies is needed for the knowledge translation to make it available for the community and the decision-makers to increase the quality of public deliberation.

5.1.1 Introdução

Políticas públicas de saúde bucal são fundamentais para ampliar o acesso e prover atenção à saúde e a promoção às populações, sendo uma estratégia custo-efetiva para reduzir a carga de doenças bucais e manter a saúde e a qualidade de vida. A saúde bucal ainda é negligenciada ao redor do mundo, e como resultado, a má saúde bucal é uma epidemia silenciosa e as políticas públicas de saúde bucal ainda são invisíveis em muitos sistemas de saúde[1–3].

Na América Latina, Brasil, Colômbia e Chile incluíram a saúde bucal como um dos benefícios em seus respectivos sistemas de saúde, embora o conteúdo e a cobertura desses benefícios sejam diferentes em cada caso.

A Constituição Política de 1991, na Colômbia, definiu a seguridade social como um serviço público essencial e um direito do cidadão, e definiu a saúde como serviços públicos prestados pelo Estado. Em 1993, foi criado o regime de previdência social, no qual a assistência odontológica individual preventiva e curativa passou a fazer parte do conteúdo do plano de saúde. No Chile, os cidadãos podem ser filiados ao regime nacional (FONASA - Fondo Nacional de Salud) ou ao regime privado (ISAPRES - Instituiciones de Salud Previsional).

Na Colômbia, o plano de saúde bucal contém uma ampla gama de atividades e procedimentos odontológicos [4]. No Chile, com a criação do plano nacional de saúde bucal em 1990, e posterior agregação gradativa da saúde bucal às garantias explícitas de saúde (Garantías Explícitas de Salud -GES) a partir de 2005 [5].

O Brasil adotou o modelo de saúde universal, no momento da definição de sua constituição (1988) e desde então, oferta atendimento odontológico em seu Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2004, foi elaborada a Politica Nacional de Saúde Bucal que representou um grande avanço para a garantia de acesso e integralidade do cuidado dos indivíduos [6].

Muitos são os fatores no processo de tomada de decisão política, inclusive o uso de evidências científicas, mas os tomadores de decisão devem ser capazes de obter informações para traduzir o conhecimento. Uma revisão sistemática com formuladores de políticas de saúde [8] concluiu que relevância oportuna, contato pessoal e resumo das recomendações de políticas são considerados fatores motivadores para o uso de evidências científicas, e há falta de contato pessoal, falta de oportunidades ou relevância da pesquisa, desconfiança mútua, disputas de poder e orçamento são vistas como obstáculos.

Conhecendo esses fatores, podemos dizer que o processo de tomada de decisão é complexo, e em relação a inclusão de evidências científicas, é diversificada quanto a utilização do conhecimento científico e pode ser diferente entre os atores envolvidos. Sabe-se que o uso de evidências científica pode ser considerado em três tipos: instrumental, simbólicos / político e conceitual [9], mas ainda é preciso entender a melhor maneira de usar a evidência científica e como transformar isso em prática.

A compreensão de como ocorre o processo decisório nas políticas públicas de saúde bucal nesses países pode facilitar a organização do uso das evidências científicas e estimular a tradução do conhecimento para os gestores públicos. Este estudo teve como objetivo compreender a utilização de evidências científicas para o processo de tomada de decisão em políticas públicas de saúde bucal.

5.1.2 Métodos

A metodologia usada foi a de estudo de caso enfatizando a análise qualitativa, trata-se de uma forma científica e recomendada de pesquisar uma área emergente em que poucos estudos anteriores foram realizados[10], portanto, foi realizada uma abordagem qualitativa, no qual todos os participantes foram identificados como informantes-chave no processo de formulação de políticas públicas em saúde bucal

nos países estudados. Entrevistas presenciais foram conduzidas com os principais atores da tomada de decisão em diferentes níveis (acadêmico, político, diretivo, técnico e serviço de saúde).

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada contendo uma questão específica sobre o uso de evidências. As entrevistas foram gravadas e os dados foram transcritos e codificados por dois revisores independentes por meio do software MAXQDA®[11]. Os resultados foram categorizados de acordo com o uso de evidências definidos por Weiss (quadro 5.1).

Quadro 5.1 - Definição de evidência

Tipo evidência	***Definição***
Instrumental	O uso instrumental é usar a pesquisa de maneira específica e direta para resolver um problema particular.
Simbólica	O uso simbólico (ou político) refere-se ao uso de evidências de pesquisa para justificar uma posição que já foi tomada por motivos que nada tinham a ver com os resultados da pesquisa.
Conceitual	O uso conceitual se refere a uma forma mais indireta de esclarecimento, por exemplo, quando as evidências da pesquisa fornecem idéias que afetam a maneira como os formuladores de políticas pensam sobre um problema ou as opções para resolvê-lo.

Fonte: Weiss (1979, p.426-31)[9]

As falas dos entrevistados permitiram a identificação do tipo de evidência cientifica utilizada para a tomada de decisão política em saúde bucal.

5.1.3 Resultados

Foram realizadas 14 entrevistas, sendo Brasil (n = 3), Colômbia (n = 5) e Chile (n = 6). Os sujeitos de pesquisa foram categorizados de acordo com sua experiência em política de saúde bucal por nível, assim podemos observar que, no nível político, os tomadores de decisão estavam no cargo de decisão política (ex: Coordenadores de saúde bucal); no nível de direção foram identificados cargos como Diretor de Saúde Bucal; no nível técnico, identificamos cargos que atuavam diretamente com o nível político, por exemplo, Conselheiro de saúde bucal; o nível acadêmico incluiu professores e pesquisadores que se envolveram com o nível técnico e / ou político. E no nível dos serviços de saúde, incluímos os trabalhadores que prestam atendimento clínico diretamente à comunidade.

O uso de evidências instrumentais e políticas / simbólicas foi fortemente identificado. Observou-se que os entrevistados consideram como evidência científica a utilização de inquéritos epidemiológicos com apoio de universidades, e utilizaram os dados obtidos em inquéritos epidemiológicos para propor programas / políticas públicas de saúde, inclusive para obtenção de financiamento.

Constatou-se a utilização de evidências conceituais, como a utilização de opinião de especialistas e fóruns intersetoriais com a população, para identificar suas demandas e, consequentemente, propor programas / políticas.

> *Os resultados que foram apresentados no ENSAB4 (inquérito epidemiológico) de tal forma que se pudesse dizer mais do que uma restrição explícita às limitações de mais estados com a disponibilidade de recursos, e estou falando da disponibilidade de dois recursos do ponto de vista financeiro do processo institucional. (Colômbia 01 – Nível de Direção Nacional)*
>
> *Para a formulação de políticas públicas (locais) tive dados estatísticos muito importantes para estudos epidemiológicos, que vão levantar a necessidade de políticas públicas* [...] *(Colômbia 03 – Nível de Direção Territorial)*
>
> *Acho que o primeiro dado já importante é que em algumas publicações nem é muito levado em conta é que pesou mais para a inclusão basicamente da ESB na ESF foi objetivamente os dados da PNAD 1998, que dizia de quase 30 milhões de brasileiros, ou seja 20%, nunca tinha ido ao dentista. (Brasil 03 – Nível Técnico)*

Considerando o uso conceitual, fóruns de discussão com equipes técnicas e acadêmicas analisam seus dados para esclarecer tomadores de decisão e conscientizar a partir do uso de evidências.

> *Acredito que o cenário que a ENSAB 4 nos deu em relação a 3 (ENSAB3) nos mostrou a necessidade imperiosa de termos,*

> *como país, uma estratégia que realmente nos permitisse promover hábitos de higiene adequados e buscar estratégias de proteção específicas (Colômbia 05 – Nível Técnico)*

> *teve um grupo da academia (...)que elaboraram o documento "fome zero e boca cheia de dentes", um documento que foi produzido por esses notáveis, enfim pessoas com grande acúmulo de conhecimento, e reconhecimento (Brasil 03 – Nível Técnico)*

Encontramos a utilização de evidências conceituais, como a utilização de opinião de especialistas e fóruns intersetoriais com a população, para identificar suas demandas e, consequentemente, propor programas / políticas no Chile.

> *Há um trabalho muito mais próximo e sistemático, por meio dos fóruns regionais (" mesas intersectoriales regionales "), no fórum nacional de saúde bucal há uma pessoa que é representante das universidades. (Chile 04 – Nível Político, Direção e Acadêmico)*

> *Tivemos que buscar evidências, demandas de epidemiologia* [...] *e também começamos a trabalhar com algumas conversas locais ... conversas que eram feitas em hospitais, em centros de saúde (Chile 04 – Nível Político, Direção e Acadêmico)*

> *Os avanços alcançados na odontologia se devem ao apoio do setor acadêmico que integra as universidades, oportunista como a opinião de especialistas, desde a opinião de especialistas a uma resposta a uma manifestação de cidadania em qualquer formato. (Chile 03 – Nível Político, Direção e Técnico)*

O Chile e a Colômbia informaram que sua política sofreu influência de programas pilotos baseados em evidências externas de outros países, como informações de estudos epidemiológicos, conforme mencionado anteriormente.

> [...] *Acho que a maior parte da construção da política pública de saúde bucal aqui no Chile foi construída com base em*

> *evidências externas, de outro país e ajustadas às realidades locais. (Chile 06 – Nível Político, Direção e Técnico)*

> [...] *os referentes na Colômbia, há muitos anos ... o Brasil é referência em políticas públicas de saúde para a América Latina" (Colômbia 03 - Nível de Direção Territorial)*

5.1.4 Discussão

A tomada de decisão política é um processo dinâmico, em respeito a formulação e implementação, elabora-se nas decisões principais e gerais dos grupos de interesse nacionais, políticos e sociais [13]. O modelo das etapas de formulação de políticas permite-nos compreender que diferentes tipos pesquisa pode influenciar diferentes estágios do processo político; a evidência pode ser utilizada de forma instrumental, conceitual ou simbólica em qualquer uma das etapas do processo; e a pesquisa é apenas um dos fatores, entre outros, que podem ou não influenciar o processo político[14]. Podemos considerar como limitações deste estudo que os sujeitos da pesquisa podem omitir ou não declarar com clareza todos os fatos envolvidos nem identificar outros tipos de evidências e usos para o processo de tomada de decisão.

Sabe-se que a pesquisa pode influenciar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, embora ainda de forma limitada, os dados podem ser utilizados instrumentalmente para informar decisões políticas, simbólicos para justificar ou refutar posicionamentos e conceitualmente para esclarecer ou influenciar a definição da agenda[15]. A academia teve um papel indutor de políticas de saúde bucal nos países, porém, esse papel não deve ser passivo, sendo necessário o envolvimento e a participação ativa dos acadêmicos na elaboração da política. Haynes et.al. (2011)[15] identificaram que apesar de saberem que têm esse papel de esclarecedores, os pesquisadores buscaram uma participação mais ativa para facilitar a utilização da pesquisa de múltiplas formas, incluindo a participação do formulador de políticas no desenvolvimento da pesquisa. Para facilitar o relacionamento entre pesquisadores e tomadores de decisão, é necessário criar espaços de diálogo e relacionamento permanente com as regras de trabalho estabelecidas.

Pudemos observar que os países consideraram que as informações derivadas de estudos epidemiológicos e os especialistas de opinião e mesas-redondas de

discussão foram utilizadas como forma de utilizar evidências para a formulação da política de saúde bucal, os tomadores de decisão devem ter acesso a informações de forma clara e concisa. Em relação a isso, é possível aumentar a utilização de uma abordagem baseada em evidências, assim, os problemas associados à tradução de conhecimento e uso de evidências em políticas e práticas serão reduzidos. Alguns autores relatam que embora o uso de evidências derivadas de pesquisas possam ser um ponto a ser considerado na maioria dos modelos de políticas, não é certo que as evidências científicas terão tanta carga nos ambientes de formulação de políticas do "mundo real" quanto outros tipos de evidência[16,17]. A busca por informações de evidências em reuniões com especialistas, opinião pública e dados epidemiológicos também foi identificada em estudo britânico, onde esta foi a uma fonte citada pelos tomadores de decisão, assim como em nosso estudo [18].

Um estudo realizado com formuladores de políticas relatou que os estudos científicos não estão claramente disponíveis para os gestores tomarem suas decisões e alguns possam ser considerados sem foco nas políticas e em sua aplicabilidade [19]. Uma revisão sistemática identificou barreiras para o uso de evidências no processo de tomada de decisão, tais como as percepções dos tomadores de decisão sobre as evidências de pesquisa, a lacuna entre os pesquisadores e os tomadores de decisão e as restrições práticas [20]. Apesar da existência de pesquisas e estudos científicos, identificamos que os formuladores de políticas ainda fazem uso de evidências consideradas fracas do ponto de vista científico [21], como discussões e artigos primários, devemos destacar que a falta de consenso sobre o que constitui evidência válida é um dos principais desafios na decisão informada por evidências.

Para que seja possível viabilizar o uso de evidências nas decisões políticas, é necessário que a academia e os gestores participem ativamente desse processo, algumas ferramentas poderosas são os resumos informativos e os diálogos deliberativos [22], pois podem propor medidas e recomendações para o problema definido e podem aumentar a consciência da importância de um problema específico e da conveniência de abordá-lo com ações informadas por evidências [23]. Desta forma, os formuladores de políticas serão capazes de identificar a melhor opção para o desenvolvimento de uma política local, evitando a utilização de políticas baseadas em outros países com realidades locais diferentes e, portanto, com propostas de enfrentamento diferentes. No Chile, esforços têm sido feitos para que as intervenções

em saúde que fazem parte dos programas de atenção à saúde sejam baseadas em evidências, um processo que ainda precisa ser aprimorado [24].

Podemos perceber que, por um lado, a ENSAB foi um fator que influenciou as políticas de saúde bucal na Colômbia, mas foi um importante desafio para os estudos epidemiológicos, pois revelou as tensões e hegemonias que existem tanto nas ciências que sustentam o conhecimento em saúde quanto na interesses políticos de diferentes atores, essas tensões explicam os avanços e limitações que as intervenções em saúde têm apresentado e os desafios que enfrentam para garantir o direito fundamental à saúde [25].

Ainda são poucas as Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal na América Latina, as diretrizes da OMS aconselham que sejam realizadas a cada 5 anos, outro ponto é o fato de alguns estudos adotarem indicadores diferentes dos recomendados pela OMS, tornando os estudos incomparáveis entre países. É necessária a realização de estudos nacionais para avaliar as políticas e verificar sua eficácia no planejamento de melhorias[7].

As doenças bucais são um problema de saúde pública, e há uma necessidade de abordar as doenças bucais como uma prioridade de saúde global [26], por isso é tão importante que políticas de saúde bucal sejam desenvolvidas considerando o uso de evidências científicas de qualidade e sejam viáveis para os sistemas de saúde.

5.1.5 Conclusão

O uso de evidências foi considerado para tomada de decisão nas políticas públicas de saúde bucal, o uso instrumental foi relatado na maioria das vezes e o conceitual (opinião), ambos servindo como evidência simbólica (justificando a tomada de decisão / interesse em investir em saúde bucal). A tomada de decisão baseada em evidências é importante para o desenvolvimento de políticas públicas, porém, é necessário criar e fortalecer estratégias de tradução do conhecimento para disponibilizá-lo à comunidade e aos tomadores de decisão para melhorar o entendimento da realidade e aumentar a qualidade de deliberação pública sobre questões sociais e a implementação de soluções.

REFERÊNCIAS[1]

1. Atun R, de Andrade LOM, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet. 2015 Mar;38599974):1230–47. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61646-9.

2. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019 Jul;394(10194):261-72. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X.

3. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 Jul ;394(10194):249-60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

4. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Jaramillo Delgado G, et al. Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. Univ Odontol. 2019 ene-jun;38(80). doi: 10.11144/javeriana.uo38-80.psbc.

5. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional Salud Bucal 2018-2030. [Santiago]; 2017. [citado 20 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF; 2004. [citado 20 ago 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.

7. Duran D, MJ M, Aubert J, et al. Systematic review of Latin American national oral health surveys in adults. Community Dent Oral Epidemiol. Aug;46(4):328-35. doi: 10.1111/cdoe.12379.

8. Innvær S, Vist G, Trommald M, et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. J Health Serv Res Policy. 2002 Oct;7(4):239-44. doi: 10.1258/135581902320432778.

9. Weiss CH. The Many Meanings of Research Utilization. Public Adm Rev 1979; 39:426–31.

10. Yin RK. Case study research: design and methods. Thousands: Sage Publications; 1994.

11. VERBI. MAXQDA 2018 [computer software]. Berlin: VERBI Software; 2018. [citado 19 nov 2020]. Disponível em: www.maxqda.com.

[1] De acordo com estilo Vancouver.

12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. Acad Med. 2014 Sep;89(9):1245-51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.

13. Xing YAN. Analysis of political decision-making and its influencing factors. Cross-Cult Communic. 2015;11(3):42–6. doi: 10.3968/6531.

14. Patiño D, Lavis JN, Moat K. Rol de la evidencia científica en las decisiones políticas relacionadas con los sistemas de salud. Rev Salud Public. 2013 sep;15(5):684–93.

15. Haynes AS, Derrick GE, Chapman S, et al. From 'our world' to the 'real world': Exploring the views and behaviour of policy-influential Australian public health researchers. Soc Sci Med. 2011 Apr;72(7):1047-55. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.004.

16. Brownson RC, Chriqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. Am J Publ Health [Internet]. 2009 Sep [citado 10 jan 2010];99(9):1576–83. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724448/pdf/1576.pdf.

17. Carter BJ. Evidence-based decision-making: Practical issues in the appraisal of evidence to inform policy and practice. Aust Health Rev. 2010 Nov;34(4):435-40. doi: 10.1071/AH09778.

18. Oliver KA, de Vocht F. Defining 'evidence' in public health: a survey of policymakers' uses and preferences. Eur J Public Health. 2017 May;27(suppl 2):112-7. doi: 10.1093/eurpub/ckv082.

19. Apollonio DE, Bero LA. Interpretation and use of evidence in state policymaking: A qualitative analysis. BMJ Open. 2017 Feb 20;7(2):e012738. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012738.

20. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, et al. The use of research evidence in public health decision making processes: Systematic review. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. PLoS One. 2011;6(7):e21704. doi: 10.1371/journal.pone.0021704.

21. Tomlin G, Borgetto B. Research pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. Am J Occup Ther. 2011 Mar-Apr;65(2):189-96. doi: 10.5014/ajot.2011.000828.

22. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 2009 Dec 16;7 Suppl 1(Suppl 1):S14. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S14.

23. Felt E, Carrasco JM, Vives-Cases C. Methodology for the development of policy brief in public health. Gac Sanit. Jul-Aug 2018;32(4):390-392. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.10.014.

24. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez MF, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. Rev Panam Salud Públ [Internet]. 2017 [citado 14 abr 2020];41:e67. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612738/.

25. Pardo Romero FF, Hernández Flórez LJ, Maldonado Maldonado LA. Tensiones en el abordaje de la salud bucal en Colombia: caso ENSAB IV. 2019. Epub ahead of print 2019. doi: 10.11144/javeriana.uo38-80.tasb.

26. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 Jul 20;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

5.2 CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL E AGENDA POLÍTICA NO BRASIL, COLÔMBIA E CHILE

RESUMO

As políticas públicas de saúde são importantes para o bem-estar da população em geral, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos ainda não incluem a saúde bucal em seu sistema, é necessário entender o processo de tomada de decisão nas políticas de saúde bucal para criar oportunidades para os países incluírem a bucal saúde em seu sistema de saúde. Foi realizada uma abordagem qualitativa com tomadores de decisão nos níveis político, técnico, direção, acadêmico e serviços de saúde, com o objetivo de identificar quais fatores influenciaram a inclusão da saúde bucal na agenda política do Brasil, Colômbia e Chile. Os dados foram analisados por meio do software Maxqda® e do modelo teórico de Kingdon, definindo as variáveis que interagem para produzir uma "janela de oportunidade" para definição da agenda e inserção da temática nas políticas públicas. O processo de tomada de decisão é influenciado por diversos fatores, tais como a necessidade de melhorar a saúde bucal da população identificada por meio de estudos epidemiológicos nacionais, e a importância dos atores que defendem a saúde bucal que ocupam cargos que envolvem a tomada de decisões políticas. Foram desenvolvidas estratégias em parceria com a academia que considerou o enfoque dos direitos à saúde da população previstos em lei e foram desenvolvidos programas territoriais e nacionais. A inclusão e a construção de políticas de saúde bucal dependem de atores que advoguem em favor do tema e de evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão. É importante uma estreita relação entre academia e gestores, para a tradução do conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas que possam ser efetivas para os sistemas de saúde.

ABSTRACT

Public health policies are important for the general population's well-being, health systems of developed countries still do not include oral health it in its system, it is necessary to understand the process of decision making in oral health policies to create opportunities to countries include oral health in their health system. A qualitative

approach was conducted with decision-makers at the political, technical, academic and health service levels, identifying which factors influenced the inclusion of oral health on political agenda in Brazil, Colombia and Chile. Data were analysed through the software Maxqda® and Kingdon´s theoretical model, defining the variables that interact to produce a "window of opportunity" to define the agenda and insertion of thematic in public policy. The decision-making process is influenced by many factors, such as the need to improve the oral health of the population, which was identified through national epidemiological studies, and the importance of actors who advocate for oral health that are in positions involving political decision-making, strategies were developed in partnership with the academy that considered the focus of the health rights of the population provided by law and territorial and national programs was developed. The inclusion and creation of oral health policies depend on actors who advocate in favour of the theme and scientific evidence to support decision making. It is important a close relationship between academia and stakeholders and the knowledge translation the development of public policies that can be effective for health systems.

5.2.1 Introdução

Estima-se que mais de 3 bilhões de pessoas em todo o mundo tenham um problema relacionado à boca, porém a saúde bucal ainda é invisível em diversos sistemas de saúde [1,2]. O processo de tomada de decisão é complexo e envolve diversos atores, na saúde bucal, ainda são poucos os dados que permite compreender o processo decisório para a implementação das políticas de saúde bucal nos países que a adotaram como política pública de saúde para garantir o acesso à população.

O termo “política pública” é considerado, por diversos autores, como o que os governos “escolhem fazer ou não fazer”, essa definição é ampla para atingir inúmeras ações governamentais, mas é bastante precisa ao atribuir o conceito de política pública a um agente específico [3], dessa forma, é necessário destacar a necessidade de a odontologia ser incluída na agenda política [4].

A América Latina possui diferentes modalidades de sistema de saúde e a saúde bucal está incluída como um direito garantido por lei em alguns países que compõem essa região, entre eles, o Brasil que possui o Sistema Único de Saúde (SUS) [5], Chile

que apresenta as garantias explícitas de saúde para a população [6], e Colômbia após a Reforma da Política de Saúde e inclusão da saúde bucal com Ley 100 [7].

De acordo com o modelo Kingdon [8], uma janela de oportunidade política é criada quando três correntes correm juntas: corrente de problemas, alternativas ou propostas e políticas, o objetivo deste estudo é compreender quais fatores contribuíram para a inserção da odontologia na agenda política dos países (Brasil, Chile e Colômbia), resultando na incorporação da saúde bucal como direito do cidadão ou nos respectivos sistemas de saúde.

5.2.2 Métodos

Este estudo qualitativo descritivo sobre a experiência de três países latino-americanos relacionados à implementação de políticas de saúde bucal na agenda política. Os entrevistados foram identificados por informantes-chave de cada país, e foi proposto entrevistar os sujeitos nos níveis descritos abaixo: o nível político incluía os tomadores de decisão no cargo de decisão política (por exemplo, coordenadores de saúde bucal), no nível de diretoria, foram identificados cargos como diretor de saúde bucal; no nível técnico, identificamos cargos que atuavam diretamente com o nível político, por exemplo, Conselheiro de saúde bucal; o nível acadêmico incluiu professores e pesquisadores que se envolveram com o nível técnico e / ou político. E ao nível dos serviços de saúde, incluímos os trabalhadores que prestam cuidados clínicos diretamente à Comunidade.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado, a técnica escolhida para o processamento dos dados qualitativos foi a análise de conteúdo [9], os dados foram codificados por dois avaliadores independentes, utilizando o software Maxqda® [10] e o modelo teórico de Kingdon foi utilizado para realizar a análise, este modelo é composto pela teoria das múltiplas correntes, que sugere que o processo decisório em políticas públicas é o resultado da união de três correntes que geram uma janela de oportunidade para a implementação da política: de problemas; alternativas ou propostas; e políticas. Pode-se ainda dizer que existe um elemento denominado “policy entrepreneur”, que é composto por participantes-chave ou ocultos no processo de tomada de decisão e que podem influenciar essa janela de oportunidade.

5.2.3 Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com o modelo teórico de Kingdon, dentro de cada fluxo, foram identificados temas que ocorreram em comum nos três países, esses temas estão descritos no quadro 5.2.

Quadro 5.2 - Temas classificados de acordo com o Modelo Teórico de Kingdon

País	Corrente dos Problemas	Corrente das alternativas/ propostas	Corrente das políticas	Atores/participantes
Colômbia	Recursos financeiros, interesses políticos, organização de sistemas de informação; levantamento epidemiológico	Políticas territoriais; garantia de direitos de saúde	Políticas territoriais de sucesso;	Academia
Chile	Liderança local; organização de sistemas de informação; levantamento epidemiológico	Estratégias locais; programas escolares; GES	Retomada política após a ditadura; Indução do presidente	Academia; interesse político
Brasil	Informações de inquérito epidemiológico	Situação da saúde bucal	Indução do Ministério da Saúde	Academia; interesse político

Fonte: a autora.

5.2.3.1 Corrente dos Problemas

Dentre os fatores relacionados ao fluxo do problema nos três países, identificamos que a questão dos recursos financeiros e do interesse político teve um papel importante no desenvolvimento de políticas públicas em saúde bucal.

> *Um pouco do problema subjacente é o problema estrutural do sistema de saúde, que com todos os atores que ele tem e as responsabilidades dispersas que eles têm e uma fraca*

> *capacidade de governo que o ministério tem (Colômbia 01 -Nível Direção Nacional)*

O Chile destacou o papel das iniciativas locais em influenciar a saúde bucal

> *Por ser a atenção básica municipalizada, tem a ver também com as realidades locais e com a vontade política da população, das prioridades que se estabelecem no mesmo estabelecimento de saúde, a política que geralmente é modelada pela vontade é a nível local e político é um ponto interessante. (Chile 02 - Nível Político e Técnico)*

A necessidade de organizar as informações em saúde bucal e a realização de estudos nacionais foram importantes para evidenciar a situação da saúde bucal dos indivíduos, que se mostrava desigual no território, daí a necessidade de melhorar a situação da saúde bucal no país.

> *No ano de 1993 ou talvez em 1994 ou 1995, eu tinha que falar sobre os estudos (epidemiológicos) de 1977-1980, não tínhamos nenhum dado atualizado então parecia incrível e pensamos que deveríamos atualizar essa informação, então a decisão foi feita para a realização do estudo nacional de saúde bucal, ENSAB III. (Colômbia 02 - Nível Direção)*

No Chile, uma pesquisa de saúde, não especificamente de saúde bucal, cujo resultado impactou no desenvolvimento de políticas. E a necessidade de sistematizar dados de programas locais de sucesso.

> *Do inquérito de saúde de 2003, questão de inquérito nacional, que nos permitiu dar tudo ao que se desenvolve hoje* [...] *Falta sistematização para poder dizer com certeza se o impacto territorial tem sobre a elaboração de políticas públicas* [...] *não tem evidência, e se tem, são orientações técnicas, quando sai o documento do ministério, você não vê a evidência dos estudos. (Chile 03- Nível Político, Direção e Técnico)*

No Brasil, outro levantamento epidemiológico também demonstrou a importância da saúde bucal.

> *Acho que o primeiro dado que já é importante* [....] *foram objetivamente os dados da PNAD 1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), que dizia que quase 30 milhões de brasileiros, ou seja, 20%, nunca foram ao dentista. (Brasil 02 - Nível diretivo)*

5.2.3.2 Corrente de Alternativas / Propostas

As correntes políticas consideram propostas de mudança antes que um problema chegue à pauta de decisão, pelo menos uma solução alternativa deve ser fornecida aos tomadores de decisão [11], a Colômbia relata a importância dessas políticas e a garantia do direito à saúde. O processo de formulação da política levou em consideração o foco na garantia de direitos para toda a população e a importância da saúde bucal como parte da saúde geral do cidadão.

> *É muito importante sustentar esta abordagem dos direitos que a lei estatutária deu, porque alcançar a saúde como um direito do ponto de vista constitucional gera grandes possibilidades para o desenvolvimento posterior dessa intenção de política. (Colômbia 03 - Nível Direção Territorial)*

Também foram desenvolvidos programas escolares, nos quais as crianças são atendidas nas escolas. Esse programa é oferecido em parceria com o Ministério da Educação, como o “Sembrando Sonrisas” (Chile).

> *Há foco na equidade, na criança, no “Sembrando sonrisas”, eles vão para creches, crianças de 2 a 5 anos* [...] *tem uma cobertura bastante importante, ou seja, 100% das creches. (Chile 03 – Nível político, direção e técnico)*

A criação das Garantias Explícitas em Saúde (GES - Garantias Explicitas em Salud) possibilitou o acesso à saúde bucal para a população em faixas etárias. Por meio da Lei nº 19.966 de 2004, onde o Fundo Nacional de Saúde e as instituições de saúde da previdência social devem garantir garantias aos seus respectivos beneficiários.

> *A propósito, existe um direito ao atendimento* [...] *onde a lei permite apenas o co-pagamento de 20% do tratamento total para as fonasa C e D, ou 10% para a fonasa B, e a fonasa A é gratuita. É um direito* [...]. *(Chile 01 - Nível político e técnico)*

No Brasil, essas correntes políticas eram a situação da saúde bucal antes da criação da política nacional.

> *Em 2003, tínhamos uma portaria, preconizada por lei, que priorizava a faixa etária de até 12 anos e as gestantes. Esse foi o primeiro grande salto, paramos de falar em priorização, e começamos a montar uma política que era baseada em um ciclo de vida* [...] *tínhamos 3 procedimentos, extração, aplicação tópica de flúor e odontologia de baixa complexidade, 95% de os procedimentos que foram feitos no SUS até 2003, foram esses 3 procedimentos. (Brasil 01 - Nível Político)*

5.2.3.3 Corrente das políticas

No modelo dos fluxos políticos dos fluxos múltiplos, três elementos são considerados: o ânimo nacional, as forças políticas organizadas e as mudanças de governo. Na Colômbia, políticas territoriais bem-sucedidas geram consciência da população sobre seus direitos e como a saúde bucal deve ser inserida no sistema.

> *O que se aprende e o que se conquista no território ... se pode influenciar muito positivamente as decisões do país. (Colômbia 05 - Nível Técnico)*

O processo de desenvolvimento e formulação de políticas conta com a participação de acadêmicos, formuladores de políticas e da população.

> *Toda a reforma do sistema de saúde e digamos que o cenário não fosse tão favorável, mas que começou a ser discutido mais tarde como quais planos de benefícios deveriam ser incluídos na odontologia, mais quando o POS (Plano Obrigatório de Saúde - Plano Obrigatório de Salud), eles estavam trabalhando em quais*

> *empresas de solidariedade em saúde, então digamos que havia alguns planos e programas, mas eles não alcançaram o nível político. (Colômbia 01 - Nível Direção)*

No Chile, a retomada da saúde bucal após o regime militar é relatada, assim como a inclusão da saúde bucal como meta dos governos foi fundamental para a ampliação do olhar para a saúde bucal.

> *A saúde bucal renasceu em 1991 no contexto político do Chile, em 1973 é quando ocorre o golpe militar, o ano 91 é quando a democracia retorna* [...] *(Chile 04 – Nível Político, Direção e Acadêmico)*

> *Nas apresentações dos programas, a presidente Bachelet incluiu "Más Sonrisas" no Chile e instala-o como uma das metas dos primeiros 100 dias* [...] *imagine uma meta em saúde bucal, programa para instalar um programa dos primeiros 100 dias, há destaque a relevância que ela imprimiu para tudo que a saúde bucal. (Chile 03 - Nível Político, Direção e Técnico)*

No Brasil, o Ministério da Saúde induziu a criação da política nacional Brasil Sorridente, anteriormente havia apenas programas voltados para grupos específicos.

> *E esse resultado da PNAD (que 24% da população nunca foi ao dentista) acendeu um sinal, para os gestores, para o ministro e outras pessoas do governo da época, ou mesmo um constrangimento em torno desses dados, o Brasil é um país com muitos dentistas formados, formados e tanta gente sem acesso, então acho que na época que tinha essa percepção, a ESF estava desde 1994, ganhando força e tamanho dentro das estratégias induzidas pelo governo federal. Minha percepção naquele momento era: "temos que fazer alguma coisa!" É um fato vergonhoso, como podemos fazer isso?. (Brasil 02 - Nível diretivo)*

5.2.3.4 Corrente dos Participantes/Atores

Na Colômbia, a academia desempenhou um papel de liderança na criação de políticas.

> *Acho que também houve algo que serviu de subsídio para que a gestão tomasse essas decisões, já que são pesquisas nacionais porque permitiram tornar visível a problemática oral da população. (Colômbia 04 - Nível acadêmico)*

O papel da academia como formulador de políticas também pode ser visto no Chile,

> *Principalmente os avanços que se fizeram na odontologia, devem-se ao apoio do setor acadêmico que integra as universidades, tão oportunista quanto a opinião de especialistas. (Chile 05 - Nível Político, Direção e Técnico)*

A participação da academia e a vontade política dos gestores foram decisivas no processo de inclusão da saúde bucal no Brasil.

> *Eu acho que a situação política é absolutamente determinante, você tem em 2003, um governo, com um presidente, no caso de Lula, que apontou algumas prioridades, na percepção da presidência da república, apontou algumas prioridades que já começamos, e já estávamos trabalhando nisso, inclusive a campanha presidencial, mas assim como outros setores já estavam funcionando, não é esse o ponto. (Brasil 01 - Nível Político)*

Dentre os resultados encontrados, podemos observar uma linha do tempo na evolução das políticas de saúde bucal, que se inicia com a Constituição Nacional de cada país, e prossegue com a criação de programas com foco em ciclos de vida, programas nacionais e territoriais, além de estudos epidemiológicos. que serviram como indicadores da situação da saúde bucal nos países (quadro 5.3).

Quadro 5.3 - Linha do tempo das políticas de saúde bucal e estudos nacionais no Brasil, Colômbia e Chile

Brasil	Colombia	Chile
1988 Constituição 1994 Programa Saúde Familia 2000 Equipe de Saúde Bucal 2004 Política Nacional de Saúde (Brasil Sorridente) 2010 Levantamento Nacional de saúde	1991 – Constituição 1993 – Lei 100 1996 – Resolução 4288 1998 – Levantamento Nacional 2004 – Politica Territorial Bogota 2005 – Plano Nacional Saúde Bucal 2007 – Politica Territorial Manizales 2007 – Lei 100 - reforma 2012-2021 – Plan Decenal Salud Bucal 2013 – Politica Territorial Medellin 2014 – Soy Generacion Más Sonriente 2014 – IV ENSAB 2018 – Rutas Integrales de Atencion	1980 Constituição 1985 Lei 18469 2004 Lei Ges 2003 Levantamento Saúde bucal 2006 Levantamento Qualidade de Vida 2013 Plano Pad 2018-2030 Plano Nacional de Saúde Bucal

Fonte: a autora.

5.2.4 Discussão

5.2.4.1 Corrente dos problemas

Os informantes-chave afirmaram que os estudos epidemiológicos se mostraram capazes de induzir políticas de saúde bucal na Colômbia, Chile e Brasil, após a realização de estudos nacionais, expondo os problemas de saúde bucal das populações, geraram-se melhorias nos programas existentes e até mesmo na criação de políticas nacionais. Os gastos com saúde podem ser influenciados pelos gastos em saúde bucal, sendo a quarta doença mais cara de se tratar na maioria dos países industrializados, daí a importância do fortalecimento dos programas de saúde pública[12].

Os levantamentos epidemiológicos são essenciais para o planejamento e monitoramento dos programas de saúde bucal, entretanto, os países devem realizar esses estudos com dados comparáveis, para produzir evidências científicas que sirvam de base para a tomada de decisões políticas. Por outro lado, os informantes relatam que os sistemas de informação dos países mostraram-se um ponto que precisa ser melhorado, uma vez que ainda são relatadas dificuldades em encontrar informações. O desenvolvimento de sistemas de informação depende de investimento financeiro, outro problema apontado pelos informantes, recursos humanos e capacidade técnica [13].

Advocacia é definida como qualquer ação que fala a favor, recomenda, defende uma causa, apoia ou defende, ou pleiteia em nome de outrem, ainda existem poucos estudos que enfocam este tópico especificamente em saúde bucal [14]. A advocacia em saúde bucal é um veículo para políticas transformacionais relacionadas direta ou indiretamente, para corrigir as disparidades de saúde bucal, a prioridade política para a saúde bucal global é baixa, resultante de um conjunto de questões complexas profundamente enraizadas no atual setor global de saúde bucal [15], observamos que o papel das lideranças locais na advocacia foi fundamental para o processo de inserção da política de saúde bucal nos casos estudados.

5.2.4.2 Corrente das alternativas

Na Colômbia, as políticas territoriais foram importantes no processo de tomada de decisão, essas experiências regionais e locais valem como políticas públicas e redes governamentais, com efeitos políticos potencialmente para a inserção da odontologia em nível nacional. O sistema de saúde colombiano se organiza considerando que a saúde pública é de responsabilidade do Estado, e as ações coletivas são de responsabilidade dos governos territoriais (secretarias, distritos e municípios) [8]. Planos decenais de saúde pública foram elaborados com metas a serem alcançadas para melhorar as condições de saúde bucal da população, sendo o último plano 2012-2021 [16] os territórios são responsáveis pela implementação desse plano e sua execução depende de sua capacidade técnica, financeira e operacional [7].

Alguns entes territoriais formularam e implementaram políticas públicas participativas de âmbito territorial, podemos destacar as políticas públicas de saúde

bucal dos municípios de Bogotá (2004 e 2011), Manizales (2006) e Medellín (2013), que através de estratégias locais buscam garantir direito à saúde, acesso aos serviços e melhorias na situação da saúde bucal, o enfrentamento das doenças bucais que afetam a população se limita às políticas públicas no campo da atuação local [17].

É importante destacar os avanços regionais em relação a essas políticas, o plano territorial de Medellín 2013-2022 [18], teve um processo de formulação participativa, com mais de quarenta instituições e organizações sociais e acadêmicas participaram ativamente dessa proposta, sabe-se que a opinião pública é importante e deve ser considerada [19]. Em estudo qualitativo realizado em Manizales, observou-se a importância das políticas públicas como forma de acionamento do Estado e que persistem diferenças entre o que usuários e gestores sobre o direito à saúde [20].

A introdução da Odontologia no GES é observada nos seguintes planos: Gestantes GES, GES Urgência, GES 6 anos, GES 60 anos e GES Fissura Palatina [6]. No entanto, ainda se observam desigualdades sociais na percepção da necessidade de cuidados, isto pode ser relacionado à fragmentação do sistema de saúde [21].

Outro ponto que se destacou nos achados foi o papel das atividades de saúde bucal em escolares no Brasil antes da introdução da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), a odontologia estava inserida no SUS no Programa de Saúde da Família e o número de equipes de saúde bucal foi reduzido e seu papel limitado às ações curativas e atividades escolares. No Chile, foi fortalecido o papel do “Programa Sembrando Sonrisas” para pré-escolares, o atendimento a mulheres maiores de 20 anos por meio do “Programa Más Sonrisas para Chile”, o Programa para Melhorar o Acesso à Assistência Odontológica para Jovens do Quarto Ano do Ensino Médio como forma de garantir uma boa saúde bucal no final da escolaridade obrigatória, e tem visto uma melhoria contínua em seus indicadores epidemiológicos e cobertura a nível promocional, preventivo e curativo para diversos grupos populacionais [22].

Para a Colômbia, a “Generación más sonriente” é foi uma estratégia adotada para garantir o acesso à saúde e para combater os altos índices de cárie na primeira infância que foram identificados por meio de estudos epidemiológicos nacionais [23], porém, ainda existem dificuldades no acesso à saúde e para melhorar isto é necessário realizar processos direcionados na transformação da sociedade, do sistema de saúde e das instituições, profissionais e cuidadores [24].

5.2.4.3 Corrente das Políticas e dos Participantes

Vários países da América Latina tiveram governos autoritários durante o século 20, as Constituições Nacionais foram elaboradas após o fim de alguns desses regimes, nos anos 1980, 1988 e 1991, no Chile, Brasil e Colômbia respectivamente. Os sistemas de saúde passaram por algumas mudanças ao longo das décadas, e a saúde bucal se inseriu como um direito nesses países, porém nem todos os sistemas de saúde são universalmente acessíveis, pois a decisão de definir qual modelo será seguido muitas vezes é uma decisão política [25].

Em 2014-2018, no Chile, a presidente Michele Bachelet criou um programa de governo que incluiu a saúde bucal como uma de suas metas dos primeiros 100 dias no governo e propôs melhorias na atenção e nos indicadores de saúde bucal. A vontade política é um dos fatores determinantes para a inserção de determinado tema na agenda política, e esse enfoque na saúde bucal tem resultado no impulso de programas de saúde para escolares, mulheres e jovens [26].

No Brasil, fenômeno semelhante foi observado após a eleição de Lula da Silva, em 2002, e a elaboração do documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” no qual tinha como prioridade a saúde bucal em seu governo e assim permitiu a criação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Sobrinho e Martelli identificaram que as mudanças políticas ocorridas neste momento facilitaram a inclusão da saúde bucal na agenda política do Brasil [27].

A Academia também tem seu papel de indução e colaboração para as políticas de saúde, constatamos nos discursos analisados que a Academia teve grande participação na elaboração das políticas dos países estudados, sendo destacada a importância dos estudos nacionais de saúde para identificar a situação de saúde bucal nesses países. Após a realização dos estudos, foram feitas alterações nas políticas ou programas atuais. Na Colômbia, o terceiro e o quarto estudos nacionais contribuíram significativamente para o desenvolvimento de novas metas e planos de saúde bucal de 10 anos [28].

Um fato curioso foi observado no Chile e no Brasil, a realização de outros estudos nacionais, não específicos à saúde bucal, mas que abordavam questões relacionadas à saúde bucal. No Chile, este estudo foi realizado em 2003, verificou-se que 66% dos indivíduos com mais de 17 anos apresentavam cáries, 13,3% faltavam dentes em uma

ou ambas as mandíbulas. 5,5% dos adultos apresentam edentulismo total, prevalência que aumenta para 33,4% em adultos com mais de 65 anos, com maior prevalência em mulheres, na população rural e na população com menos de 8 anos de estudo [29].

No Brasil, em 1998, foi realizada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que identificou que 18,7% da população brasileira nunca havia ido ao dentista e, em alguns estados, no país esse número chega a 38% da população [30] , esse número representou 32 milhões de pessoas que nunca foram ao dentista na vida. Esse dado impactante foi mobilizador para identificar a necessidade de um olhar para a odontologia no SUS.

5.2.5 Conclusão

A inserção da odontologia nos sistemas de saúde é fundamental para garantir a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. O interesse político se mostra um fator importante para destacar a importância desse tema nos sistemas de saúde, notamos que nos países estudados, a realização de estudos epidemiológicos nacionais abre a maior janela de oportunidade que serviu de base para o desenvolvimento e aprimoramento das políticas e programas nos países. Além disso, o papel da academia como ator que destaca a importância da saúde bucal nos sistemas de saúde na abordagem da gestão tem permitido que essa questão seja abordada pela gestão.

REFERÊNCIAS[2]

1. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Int Dent J. 2004 Dec;54(S6):329–43. doi:https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2004.tb00009.x.

2. Watt RG., Daly B., Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet (London, England). 2019 Jul;394(10194):261–72. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X.

3. Howlett MMR, Perl A. Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems. New York: Oxford University Press; 2009.

[2] De acordo dom estilo Vancouver.

4. Hanson K., Rasanathan K., George A. The state of health policy and systems research: Reflections from the 2018 5th Global Symposium. Health Policy Plan. 2019 Nov;34 Suppl 4):ii1–3. doi: https://doi.org/10.1093/heapol/czz113.

5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. 1988.

6. Chile. Superintendencia de Salud. Ley 19.966 - Establece un regimen de garantias en salud. Santiago; 2004. [citado 10 jan 2020]. Disponível em: https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-554_recurso_1.pdf.

7. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Jaramillo Delgado G, et al. Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. Univ Odontol. 2019;38(80). doi: https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.psbc.

8. Kingdon J. Agenda, alternatives, and public policy. New York: Longman, c1995. Chapter 9; Wrapping things up – session Agenda setting; p. 205-13.

9. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008 Apr;62(1):107–15. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

10. VERBI. MAXQDA 2018 [computer software]. Berlin: VERBI Software; 2018. [citado 19 nov 2020]. Disponível em: www.maxqda.com.

11. Guldbrandsson K, Fossum B. An exploration of the theoretical concepts policy windows and policy entrepreneurs at the Swedish public health arena. Health Promot Int. 2009 Dec;24(4):434-44. doi: 10.1093/heapro/dap033.

12. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):661–9. https://doi.org//S0042-96862005000900011.

13. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. Bull World Health Organ [Internet]. 2005 Aug [citado 19 jul 2020];83(8):578-83. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626318/pdf/16184276.pdf.

14. Edelstein BL. Analysis of oral health advocacy in the peer-reviewed literature, 2013 to 2016. Curr Oral Heal Reports. 2016 Sep;3(3):171–8. doi: https://doi.org/10.1007/s40496-016-0094-y.

15. Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. Int Dent J. 2011 Jun;61(3):124–30. doi: https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00028.x.

16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá; 2013. [citado 25 abr 2020]. Disponível em:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf.

17. Martínez GR, Albuquerque A. Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021. Acta Odontol Colomb [Internet]. 2017 ene-jun [citado 14 ago 2020];7(1):41–63. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/64074/59392.

18. Secretaria de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia. Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022: Referentes, objetivos y estrategias para avanzar en la garantía del derecho a la salud bucal. Medellín; 2015. [citado 10 maio 2020]. Disponível em: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES.

19. Djellouli N, Jones L, Barratt H, et al. Involving the public in decision-making about large-scale changes to health services: A scoping review. Health Policy . 2019 Jul;123(7):635-645. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.05.006.

20. Velez Arango AL. El derecho a la salud: politicas públicas y percepción de actores y grupos de población. Del papel a la realidade. Manizales 2008. Hacia Promoc Salud [Intenet]. 2009 ene-jun[citado 14 abr 2020];14(1):68–92. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a05.pdf.

21. Roggerone LP. Inequidades en salud bucal. Factores que determinan su realidad en Chile. Acta Bioeth. 2016 nov;22(2):315–9. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200018.

22. Cartes-Velásquez R. Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. Odontol Sanmarquina. 2020;23(2):189–96. doi: https://doi.org/10.15381/os.v23i2.17764.

23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social - MINSALUD. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber que hacemos. Bogotá; 2014. [citado 19 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf.

24. Gallego-Gómez CL, Franco-Cortés ÁM. Determinants for access to dental care in early childhood. Rev Latinoam Cienc Soc Ninez Juv. 2019;17(1):193–206. doi: http://dx. doi. org/10.11600/1692715x. 17111.

25. Rizvi SS, Douglas R, Williams OD, et al. The political economy of universal health coverage: A systematic narrative review. Health Policy Plan. 2020 Apr;35(3):364–72. doi: 10.1093/heapol/czz171.

26. Chile. Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018. [Santiago]; 2013. [citado 19 jan 2020]. Disponível em: http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/noticias/archivos/programamb_1_0.pdf.

27. Sobrinho JE de L, Martelli PJ de L. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. Univ Odontol. 2019 abr;38(80). doi: https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.sbba.

28. Pardo Romero FF, Hernández Flórez LJ, Maldonado Maldonado LA. Tensiones en el abordaje de la salud bucal en Colombia: caso ENSAB IV. Univ Odontol. 2019 abr;38(80). doi: https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.tasb.

29. Pan American Health Organisation. Health in the Americas. Washington, DC; 2017. [ciado 17 ago 2020]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321#:~:text=Health%20in%20the%20Americas%2B%202017,flagship%20publication%2C%20published%20since%201956.&text=This%20edition%20looks%20at%20primary,care%20in%20national%20health%20systems.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS. [citado 10 set 2020]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02.

5.3 CAPÍTULO 3 – POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS PARA UMA MELHOR IMPLEMENTAÇÃO

RESUMO

A saúde bucal é considerada um direito do cidadão nos países deste estudo, que são Brasil, Colômbia e Chile, embora seus sistemas de saúde sejam diferentes. O objetivo deste estudo foi compreender quais barreiras e facilitadores ocorrem durante a implementação de programas / políticas de saúde bucal. Um estudo qualitativo foi realizado por meio de entrevistas pessoais com tomadores de decisão, nos níveis político, técnico e acadêmico. Os dados foram transcritos e analisados no Maxqda®. No momento da inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde, a formação de cirurgiões-dentistas com ênfase no serviço público mostrou-se um nó crítico nesses países, mencionando-se também o desconhecimento da população sobre seus direitos. No Chile e na Colômbia um dos principais facilitadores foi a existência anterior de programas de saúde bucal. Identificamos como barreiras a falta de sistematização dos dados epidemiológicos. No Brasil, os principais facilitadores foram muitos dentistas disponíveis e a vontade política dos políticos de incluir a saúde bucal como público. Durante o desenvolvimento e implementação de políticas públicas vários fatores são encontrados, e embora a saúde bucal seja oferecida de diferentes formas pelos sistemas de saúde, pode-se concluir que os recursos humanos são elementos fundamentais para o funcionamento do serviço público, além do interesse dos gestores e políticos pela inclusão desse tema na agenda política do país.

ABSTRACT

Oral health is considered a right to the citizen in the countries of this study, that are Brazil, Colombia and Chile, although their health systems are different. This study aimed to understand which barriers and facilitator occurs during the implementation of oral health programs/policies. A qualitative study was conducted within personal interviews with decision-makers, at the political, technical and academic levels. Data were transcribed and analyzed using Maxqda®. At the moment of the insertion of oral health into the Health System, the formation of dentists with an emphasis on public

service proved to be a critical knot in these countries, also population´s lack of knowledge about their rights was mentioned. In Chile and Colombia, one of the main facilitators was the previous existence of oral health programs. As barriers, we identified the lack of systematization of epidemiological data. In Brazil, the main facilitators were many dentists available and the political will of politicians to include oral health as public. During the development and implementation of public policies several factors are encountered, and although oral health is offered in different ways by health systems, it can be concluded that human resources are fundamental elements for functioning of public service, besides the interest of managers and politicians for the inclusion of this theme in the political agenda of the country.

5.3.1 Introdução

As doenças bucais são uma epidemia negligenciada de saúde pública global que afeta todas as idades em todo o mundo, com particular preocupação sobre sua prevalência crescente em muitos países de baixa e média renda e podem ter um impacto significativo na saúde e no bem-estar geral. Embora a maioria das doenças bucais seja evitável e compartilhe fatores de risco significativos com outras doenças não transmissíveis, ainda se observa uma dificuldade na incorporação da saúde bucal nos sistemas públicos de saúde [1].

Um sistema de saúde bucal ideal deve ter os seguintes recursos alinhados com as principais autoridades de saúde pública e o resto do sistema de saúde: foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, vigilância do estado de saúde bucal e necessidades da população, equitativos e baseados em evidências [2]. Algumas metas políticas para melhorar a saúde bucal foram declaradas pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em 2007, incluindo, entre outras: saúde bucal por meio da escola, sistemas de saúde bucal, sistemas de informação de saúde bucal e pesquisa em saúde bucal [3]. A saúde bucal tem sido visto como um aspecto não essencial dos sistemas de saúde e tem sido limitado à responsabilidade pessoal por vários anos, é observado em países de alta e baixa renda, resultando em disparidades no acesso aos cuidados e desigualdade, portanto é necessário implementar a cobertura universal de saúde e incluir saúde bucal para melhorar os resultados [4].

Os sistemas de saúde bucal diferem em termos de estrutura e escopo de país para país e dentro de cada país, impactando os sistemas gerais de saúde. Explicações para essa baixa prioridade em saúde bucal, incluem programas de saúde bucal inexistentes, falta ou baixo financiamento, atitudes negativas dos profissionais de saúde bucal, falta de interesse e desconhecimento por parte dos pacientes em relação ao risco predisponente fatores, valores culturais e práticas de atenção à saúde [5].

O ciclo de políticas públicas consiste em cinco etapas: (1) definição da agenda, (2) formulação de políticas públicas, (3) tomada de decisões de políticas públicas, (4) implementação de políticas públicas e (5) avaliação de políticas públicas. A definição, formulação e implementação de agendas são vitais para a compreensão dos ciclos de políticas públicas. No entanto, para garantir o sucesso da implementação das políticas públicas e sua adaptação contínua, é necessário conduzir as fases do ciclo de políticas públicas, incluindo a avaliação das medidas corretivas, para cumprir os princípios sólidos da governança pública, novamente em diferentes níveis político e administrativo [6].

A implementação é vista como uma das etapas do ciclo das políticas públicas e é influenciada pelos seguintes fatores: imprevisibilidade; a multiplicidade de stakeholders e organizações com diferentes interesses; mudanças nas partes interessadas, seus relacionamentos, pontos de vista e percepções; descontinuidade e necessidade de novas negociações [7]. A eficiência da implementação de políticas públicas envolve o conceito de funções, deveres, controles e coordenação, e a compreensão de conflitos, resiliência e cooperação entre as partes interessadas são fundamentais para gerenciar o processo de implementação, mas também são importantes durante as fases de concepção e adoção de políticas [8].

Um dos modelos conceituais utilizados para orientar a análise sobre a implementação de ações e específico para políticas públicas de saúde bucal, elaborado em torno de uma estrutura multinível que: (1) primeiro considera a capacidade dos profissionais e instituições sob as quais trabalham para fazer mudanças específicas na prática ; (2) segue quatro etapas de implementação do plano; e (3) considera as condições que afetam ainda mais a viabilidade de longo prazo e a sustentabilidade das intervenções comportamentais e sociais. A

implementação é a etapa do processo, construída explicitamente sobre a experiência do desenvolvimento até o ponto de adoção [9].

Na América Latina, diferentes experiências de políticas e programas em saúde bucal têm sido implementadas. Dentre as experiências internacionais, este estudo identificou as principais barreiras e facilitadores para a implementação de políticas de saúde bucal no Brasil, Chile e Colômbia, a razão da escolha desses países é que embora seus sistemas de saúde sejam diferentes, eles têm em comum o componente de saúde bucal sendo oferecidos no sistema público de saúde.

5.3.2 Métodos

Esta pesquisa qualitativa foi realizada no período de agosto de 2018 a março de 2020, as entrevistas foram realizadas, in loco, com os principais atores envolvidos no processo de tomada de decisão em saúde bucal nos países estudados, a saber: Brasil, Colômbia e Chile. Os entrevistados foram identificados por meio de informantes-chave de cada país, que atuaram nos níveis político, diretivo, técnico, acadêmico e serviços de saúde, no momento da implementação política. Os respondentes foram convidados a participar do estudo e os dados pessoais foram mantidos em sigilo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, foi utilizado um roteiro semiestruturado, foi realizada uma análise de conteúdo, que é uma leitura atenta, sistemática e organizada de um conjunto de textos que identifica padrões, motivações ou tendências, os dados foram codificados por dois avaliadores independentes, por meio do software Maxqda® [10].

Os resultados serão apresentados de acordo com o framework de Simpson[9] (2011), especificamente na sua fase de implementação, pois o objetivo principal desta investigação é analisar os facilitadores e as barreiras de implementação, as demais etapas do framework não serão discutidas. Para a descrição dos resultados, são apresentadas as características gerais dos entrevistados, seguidas dos facilitadores e barreiras, conforme indicado na etapa mencionada.

5.3.3 Resultados

Foram entrevistados quatorze atores-chave envolvidos na tomada de decisão nos países estudados, 5 na Colômbia, 6 no Chile e 3 no Brasil, a amostra foi composta por 50% de mulheres e 50% de homens, e todos os entrevistados estiveram envolvidos na política no processo de tomada de decisão por mais de 15 anos. Diversos sujeitos da pesquisa atuaram em mais de um nível, sendo descritos conforme tabela 5.1.

O Brasil tem como característica o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a universalização do acesso aos indivíduos, por essa característica a tomada de decisão é realizada pelo governo federal e por isso foram entrevistados 3 indivíduos para obter informações sobre a implementação, e por esse motivo não foram incluídos participantes que atuam no serviço de saúde.

Tabela 5.1 - Características dos respondentes, de acordo com o cargo ocupado

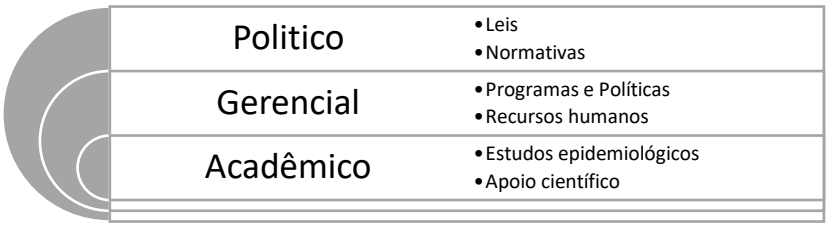
Nível*	Colômbia	Chile	Brasil
Político	N = 1	N=4	N=3
Diretivo	N=2	N=3	N=3
Acadêmico	N=2	N=1	N=1
Técnico	N=3	N=5	N=1
Serviços de Saúde	N=1	N=1	N=0

Fonte: a autora.

* Alguns entrevistados tinham experiência em mais de um nível.

De acordo com os resultados encontrados, os facilitadores mais comuns para a implementação de políticas são descritos na figura 5.1.

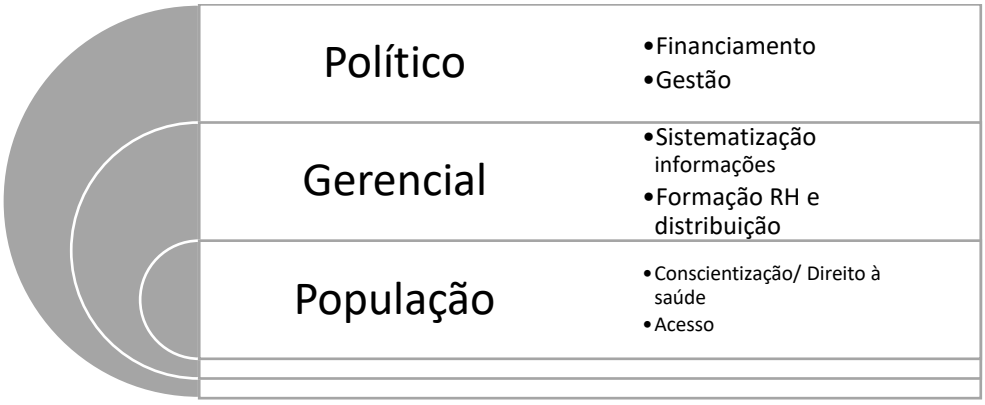
Figura 5.1 - Facilitadores para a implementação de políticas de saúde bucal no Brasil, Colômbia e Chile



Fonte: a autora.

Uma barreira é um obstáculo que impede a implementação de um determinado instrumento de política. No extremo, essas barreiras resultam em políticas e estratégias menos eficazes. Eles podem estar embutidos em muitas razões, incluindo resistência das principais partes interessadas, falta de capital humano ou financeiro, falta de acordo sobre as diretrizes institucionais ou deveres e obrigações de implementação, desacordo com outras políticas atuais, falta de comunicação e coesão entre as partes responsáveis por implementação, ou falta de compromisso ou vontade política [11]. Identificamos as seguintes principais barreiras de acordo com os entrevistados (figura 5.2).

Figura 5.2 - Principais barreiras à implementação da política



Fonte: os autores.

Após a realização da análise qualitativa da entrevista de acordo com a análise de conteúdo, os temas citados pelos entrevistados são descritos conforme quadro 5.4.

Quadro 5.4 - Temas de acordo com a análise de conteúdo

	FACILITADORES	BARREIRAS
CHILE	A existência anterior de programas de saúde bucal; Realização de estudos epidemiológicos; Participação na academia; Criação da Lei de Ges.	Falta de sistematização dos dados de saúde; formação superior de recursos humanos em odontologia; Acesso da população aos serviços de saúde; Conscientização da importância da saúde bucal pela população.
COLOMBIA	Existência de políticas territoriais e sua importância; Realização de estudos epidemiológicos; Dados disponíveis para tomada de decisão; A existência de marcos normativos para políticas / programas que garantam sua continuidade,	A distribuição de dentistas em todo o país é desigual nas regiões mais remotas ou violentas; A dificuldade de financiamento para realização de estudos epidemiológicos, Crenças e conscientização da população quanto à saúde bucal, capacidade de liderança e atores-chave, Formação de cirurgiões-dentistas para prática privada.
BRASIL	Disponibilidade de profissionais para atuar no sistema público de saúde, vontade política e engajamento dos envolvidos no processo de tomada de decisão e implantação, participação da academia	Capacitação de profissionais e mudanças no processo de trabalho, Financiamento e gestão de recursos, desconhecimento de direitos por parte da população, falta de acesso a dados de informação

Fonte: a autora.

Os principais trechos das falas dos entrevistados de acordo com cada tema estão descritos conforme quadro 5.5.

Quadro 5.5 - Trechos das entrevistas, de acordo com cada tema

Facilitadores	
Temas	Trechos das entrevistas
Existência prévia de Normas / Políticas / Programas	“...Nas políticas de saúde bucal, pode-se estabelecer certos programas que se instalam desde a atenção básica e que levam hoje desde a gestante que tem atendimento garantido, até adultos de 60 anos que também têm atendimento garantido, urgência odontológica em todas as idades. Atendimento garantido pela lei de Ges (Chile - Nível Político / Técnico / Diretivo) " Existem programas de autarquias locais da secretaria de saúde que incluem atividades de saúde oral, dentro de outras atividades de saúde, sistema educacional, recuperação, saúde diferenciada. ” (Colômbia - Nível Técnico / Serviço de Saúde) ". . . outro facilitador é a existência de políticas anteriores "(Colômbia - Nível Acadêmico)
Levantamentos epidemiológicos nacionais	" inquérito de saúde de 2003, uma questão clássica que até hoje surge "acha que a sua saúde oral interfere na sua qualidade de vida?" É uma questão da qual nos penduramos, uma questão de um inquérito nacional, que nos permitiu dar tudo o que hoje estamos a desenvolver ”(Chile - Nível Político / Técnico / Diretivo) “A opinião é baseada no que temos com o ENSAB IV que foi feito em 2012–2104 e embora tenhamos melhorado, também existem condições complicadas, por isso foi melhorado em algumas situações ”(Colômbia - Nível Técnico) “Acho que os primeiros dados que importam é que em algumas publicações nem se leva em conta é que o que mais se cogitou para a inclusão da ESB na ESF foram os dados da PNAD 1998, que dizia de quase 30 milhões de brasileiros, ou seja, 20%, nunca foram ao dentista” (Brasil - Nível Diretivo)

continua

continuação

Participação da academia	" Principalmente os avanços alcançados na odontologia, têm sido atribuídos ao apoio do setor acadêmico que integra as universidades, oportunistas como a opinião de especialistas, dizendo que vão desde a opinião de especialistas, de uma resposta a uma demonstração de cidadania de tudo, independente de seu formato "(Chile - Nível Político / Técnico / Diretivo) “As universidades ajudavam muito na construção da política, na defesa da política, era porque as pessoas estavam no conselho consultivo e no centro colaborador faziam pesquisas que interessavam à política (Brasil - Nível Técnico)
Habilidades de financiamento e gestão / liderança	“Havia uma janela de oportunidade, que era a vontade política de um determinado governo de começar e a qualificação da gestão” (Brasil - Nível Político)
Barreiras	
Falta de sistematização / informação de dados	“Falta sistematização para poder dizer com certeza se o impacto territorial tem impacto no desenvolvimento de políticas públicas, não posso dizer se tem impacto ou não! Porque não há evidências e, se houver, são orientações técnicas. . . nós construímos com base no que vemos, mas quando citamos a evidência é de fora! (Chile - Nível Político / Diretriz / Técnico) “Se não houver monitoramento, acho que eles deixaram as coisas no meio, porque a única forma que eu consigo algumas informações para capturar para poder monitorar e avaliar e poder medir em relação ao objetivo que alcançamos e temos conseguiu mudar a estratégia se não serviu para ver o resultado ”(Colômbia - Nível Técnico) Tinha algo que era uma barreira para nós também, que era o sistema de informação, porque então o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) na época coletava pouca informação sobre saúde bucal, e não tínhamos vários dados para mostrar ”(Brasil - Nível Técnico)

continua

continuação

Recursos humanos	“incapacidade dos dentistas, ou dificuldades dos dentistas em trabalhar nas comunas. . . escasso número de dentistas que estão dentro da saúde pública para a tomada de decisões ... a falta de poder político ... (Chile - Nível Técnico / Serviço de Saúde) " Existem profissionais e o número em teoria chega, mas estão concentrados nos locais onde as pessoas têm acesso ao serviço ... porque não existem políticas com incentivos para trabalhar nos locais onde a gente tem maior dificuldade ... porque a realidade social dessa cidade ... faz com que haja áreas onde você não consegue chegar ... porque tem um clima violento que não permite a entrada de serviços. . . porque a demanda determina onde os serviços estão localizados ... "(Colômbia - Nível Acadêmico / Serviço de Saúde) " o dentista continua pensando na clínica e na clínica para a prestação do serviço, como funciona o sistema previdenciário em saúde, mas sim nas clínicas do serviço particular, do complexo estético, o chip tem que ser trocado e isso é feito da formação acadêmica. "(Colômbia - Nível Técnico) " em termos de lógica pública, formamos para uma iniciativa privada. Dirigimo-nos profissionalmente ao consultório dentário para fazer um exame clínico e um orçamento. O dentista não pode, ele não foi treinado para planejar, territorializar, listar o grupo de risco, exigir organização, não foi? Então a maioria dos problemas se deve ao problema de formação de profissionais. ”(Brasil - Nível Político)

continua

conclusão

Conhecimento sobre direitos e acesso a serviços	“Uma das maiores barreiras que a população adulta possui é o acesso à atenção básica, adultos, em horário, fora do expediente ... é um dos fatores que têm influenciado a baixa cobertura que o GES 60 anos, GES 60 anos, desdobra das 8 às 5 da tarde, e pessoas de 60 anos trabalhando (Chile - Nível Político / Técnico) Difícil conseguir uma população empoderada, voltada para a saúde, principalmente na saúde bucal, porque na realidade nunca tivemos saúde bucal empoderadora. Dentista que é o estabelecimento que tem conseguido alfabetizar a população sobre, por um lado, seus direitos, devemos perguntar às pessoas que sabem a que é direito o atendimento garantido ”. (Chile - Nível Político / Diretivo / Técnico) " nosso país considera que a saúde bucal não é importante "(Colômbia - Nível Técnico / Serviço de Saúde) " Culturalmente, a população ainda não dá a importância da saúde bucal. Além disso, a prática odontológica ainda está desligada das práticas gerais de saúde "(Colômbia - Nível Acadêmico / Serviço de Saúde) “A saúde bucal nem mesmo foi constituída pela questão social, como direito de acesso, a população nem mesmo sabe que tem direito à saúde bucal no SUS, nem as autoridades de saúde. Porque a saúde bucal sempre negou planos inferiores. Digo o seguinte, rico tem dentista, pobre tem dor! É isso, e essa situação se tornou natural no Brasil (Brasil - Nível Político)
Financiamento e capacidade de liderança	“Se não há liderança em uma organização, cumprem-se as coisas que devemos eliminar e executar esta política, não se cumpre e se o estado não vê resultados” (Colômbia - Nível Técnico / Serviço de saúde) “A saúde bucal ainda não faz parte da pauta de prioridades, se comparada a outras áreas, se for sacar dinheiro será onde? Infelizmente é o cenário mais provável, vivemos em uma situação em que não existe vontade política, não só na saúde bucal, em geral, no SUS, muito menos na saúde bucal, e nós temos uma série de gestores nacionais de saúde bucal despreparados, que é uma questão importante, que é uma questão técnica ”(Brasil - Nível Político)

Fonte: a autora.

5.3.4 Discussão

Apesar de seus sistemas de saúde diferentes, os países estudados encontraram barreiras e facilitadores semelhantes, de acordo com cada contexto local. O Brasil optou por adotar um modelo universal de saúde com a inclusão da odontologia em todo o seu território, e o Chile e a Colômbia incluem a odontologia em seu pacote de serviços para o sistema público.

Os dados de saúde são desorganizados e dispersos, vindos de diferentes fontes e com diferentes estruturas e tipos [12], no início do século XXI, a OMS preconizava como objetivos a criação ou desenvolvimento de sistemas de informação em saúde bucal, para evidenciar as políticas de saúde e a formulação de objetivos [13]. Apesar da existência de inquéritos nacionais de saúde nos países estudados, o acesso a essas informações ainda é uma barreira, o que mostra que os países, apesar de conseguirem se organizar para buscar dados robustos para a tomada de decisão, ainda não estão facilmente disponíveis para usar em análises futuras. Recentemente, as ciências da saúde bucal têm clamado por uma maior ênfase na prática baseada em evidências, sem evidências, a prática clínica é empírica, anedótica e experiencial, além disso, podemos destacar a importância da tradução do conhecimento e do acesso a dados para desenvolver políticas informadas para evidência [14].

A realização de estudos epidemiológicos nacionais permite identificar o estado de saúde bucal no país e planejar ações futuras nas políticas e programas, a avaliação das políticas de saúde é uma das etapas do ciclo da política e fundamental para a elaboração de melhorias. Os entrevistados relataram que a realização de levantamentos epidemiológicos serviu como facilitadores para a implementação de políticas, podemos destacar que foram observados avanços na qualidade da saúde bucal da população colombiana, no estudo realizado em 1977-1980, observou-se que 96,7% dos A população colombiana tinha histórico de cárie [15], houve melhora nos indicadores de saúde, entre eles o importante indicador de melhora das condições de saúde bucal, aos 12 anos de idade, foi o CPOD que na ENSAB III (1998) (Encuesta Nacional de Salud Bucal) foi de 2,3 e na ENSAB IV (2014) foi de 1,51 [16]. Os estudos epidemiológicos são concebidos de forma a retratar a situação nos diferentes territórios de cada país, razão pela qual também são realizados inquéritos epidemiológicos locais, até devido à dificuldade de realizar um estudo nacional, há

clareza na disponibilidade desses resultados para a população e os políticos, a ciência aberta é um impulsor para melhores políticas.

Outro ponto que podemos destacar é que os resultados dos inquéritos nacionais possibilitaram evidenciar o estado de saúde bucal da população, conforme relatado no Brasil, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1998, apontava que os principais aspectos da saúde bucal Os problemas foram a cárie dentária e suas consequências, além da falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal, mostrando que aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam sido consultados por um dentista [17]. Esse indicador foi um dos facilitadores para a inclusão da saúde bucal na agenda política durante o governo federal 2003-2006, onde foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal [18] que ampliou a rede de atendimento e introduziu novos procedimentos no serviço público.

No Chile, a elaboração do “Plano Nacional de Saúde Bucal” (2018–2030), proposto por MINSAL [19] (Ministério da Saúde) teve como objetivo melhorar as condições de saúde bucal e reduzir as desigualdades, com base nos conceitos de equidade, intersetorialidade, participação cidadã, inclusão e não discriminação, esse plano trouxe avanços em relação às políticas anteriores, que se concentravam em grupos prioritários com enfoque preventivo e curativo desde 1978 [20].

A existência prévia de normas / leis que favorecem a saúde bucal atuou como facilitadora, sabe-se que no Chile a Lei GES (Garantias Explícitas de Saúde) foi desenhada para outorgar um conjunto de garantias explícitas e exequíveis, sendo esta lei atribuída ao Ministério da Saúde a função de selecionar esses agravos, condições ou doenças de saúde, junto com a garantia dos benefícios e das características de acesso e oportunidade, que começou com 25 agravos e atualmente ultrapassa 80, e a saúde bucal está incluída nessas garantias por meio de grupos prioritários [21], embora esses serviços de garantia possibilitem ao indivíduo o acesso à atenção à saúde bucal e o atendimento de alguns de seus problemas, não estão focados em uma lógica de curso de vida, portanto, não possibilitam a estruturação de uma linha de programas que sejam compatível com os vários processos da existência de uma pessoa para atuar como circunstâncias isoladas de suporte [22].

Na Colômbia, também há uma priorização nas faixas etárias e na primeira infância, o programa “Soy Generación más sonriente” busca melhorar os indicadores

e garantir o acesso às crianças de 0 a 5 anos, mas também se pode observar que embora todos as crianças foram protegidas pelo Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (Sistema General de Seguridad Social en Salud), nem todas têm acesso a serviços odontológicos, apenas metade delas solicitou e obteve consulta [23]. É necessário que as políticas de saúde considerem a atenção integral e acesso a todas as faixas etárias para minimizar os danos acumulados e ser sustentável.

O excesso de profissionais formados em odontologia atua tanto como barreira quanto como facilitador, recentemente houve um aumento exponencial de universidades de odontologia. O Colégio Colombiano de Dentistas (CCO) estima que existam 65.000 profissionais no país, de acordo com a Federação Colombiana de Odontologia, existem mais de 40 programas de ensino superior em Odontologia na Colômbia [24]. De acordo com informações do Ministério da Saúde no estudo de competências profissionais do dentista na Colômbia [25] estabelece que a maior concentração de dentistas está nas grandes cidades, sendo Bogotá a que apresenta o maior índice com cerca de 27.000 profissionais com uma participação de 44% do total de dentistas do país, seguida por Antioquia com 15% e Valle del Cauca com 10%. No Chile, existem 20 faculdades de odontologia, esse número aumentou entre 1997 e 2011 [20], o número de dentistas inscritos no cadastro nacional de provedores individuais (RPI) é de 26.377 (2019) [26]. No Brasil, os números são alarmantes, de acordo com Conselho Federal de Odontologia, são 412 faculdades de odontologia e mais de 336.000 profissionais cadastrados [27].

A existência de um maior número de profissionais não significa necessariamente uma melhoria nas condições de saúde bucal da população ou melhor acesso à assistência odontológica a depender de como os profissionais estão incorporados ao modelo de atenção odontológica definido no sistema de saúde. Porém, o que observamos é que os modelos de atenção não definem critérios que garantam ampla cobertura, integralidade e continuidade da atenção, nem a participação das próprias pessoas e comunidades na atenção à saúde bucal, alimentada por um mercado de trabalho mal regulado. Além disso, na Colômbia não há controle sobre o número de profissionais formados nas universidades; o que existe são diferentes sistemas de informação, aquele em que se regista o número de profissionais que se formam a cada ano, também o Cadastro Nacional de Talentos Humanos em Saúde -ReTHUS-, que reúne informações básicas sobre os profissionais

que cumpriram os requisitos que os autorizam a exercer a profissão, entre outros. Porém, esta informação desarticulada que não nos permite saber com precisão o número de profissionais ou a sua distribuição no território nacional, nem reconhecer as características da inserção laboral e das condições de trabalho nas instituições do sistema de saúde, o que limita as possibilidades de ter informações precisas para orientar as decisões políticas sobre o desenvolvimento de recursos humanos e políticas públicas de saúde bucal em nível nacional e territorial [28,29].

Apesar da nítida existência de mão de obra qualificada nesses países, a formação de dentistas e sua distribuição desigual nos países podem atuar como uma barreira para a implementação de políticas de saúde bucal e subutilizadas nos sistemas de saúde. O Brasil se beneficiou desse superávit de profissionais no momento da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, foi relatado pelos entrevistados que muitos desses profissionais tiveram que ser capacitados para poderem atuar na lógica do serviço público, pois sua formação ainda é voltada para a prática privada. Fato que chamou a atenção foi a observação de dados que demonstrou que não há dentista especializado em saúde pública cadastrado no RPI do Chile [30], é preciso melhorar a qualidade do atendimento, por meio da criação de um perfil de graduação a partir de carreiras odontológicas alinhadas ao perfil de atuação de que o país necessita [31], a Colômbia também encontrou dificuldades na formação de seus profissionais para atuarem em políticas públicas [29].

A OMS recomenda 1 dentista para cada 1.500 habitantes, podemos observar que os países deste estudo apresentam valores entre ou o dobro e ou o triplo do recomendado, a má distribuição de dentistas é um fator mundial e pouco estudado, e que os governos devem investir em medidas de incentivo ao recrutamento e retenção de profissionais em áreas rurais e remotas [32]. É necessário avaliar formas de garantir o acesso aos serviços por parte da população, apesar das melhorias observadas, barreiras de acesso aos serviços de saúde ainda são encontradas no Chile, as iniquidades em saúde bucal e a população adulta persistem (principalmente homens) tem pouco acesso aos serviços odontológicos, esse cenário ocorre em conjunto com um alarmante superávit de dentistas que se formam a cada ano no país [20].

Durante a implementação da política, é necessário facilitar o processo de uso de lideranças distribuídas entre cadeias de lideranças em todos os níveis e funções do sistema de saúde, para atingir objetivos mútuos e pensar em como construir

lideranças que incluam os líderes desde o início a partir do nível nacional até o nível regional [33,34].

Observamos que a presença de indivíduos com habilidades de liderança foram elementos fundamentais para facilitar a inclusão de políticas de saúde bucal, os profissionais de saúde bucal têm oportunidades de se tornarem fortes defensores de mudanças políticas para reduzir os danos à saúde, melhorar as condições sociais e diminuir a desigualdade, trabalhando coletivamente na comunidade, em nível nacional por meio de seus profissionais e organizações odontológicas, é importante notar que geralmente esta não é uma função em que os profissionais de saúde bucal estão envolvidos, no entanto, as organizações odontológicas nacionais têm o alcance necessário para ouvir sua voz e se tornarem defensores de políticas que abordem esses as desigualdades efetivamente [35]. A liderança também deve ocorrer na fase de adoção, segundo o modelo teórico de Simpson [9], neste momento antes da implantação, é necessária a participação de indivíduos engajados que contribuam para melhores práticas de saúde.

No entanto, o que observamos que a odontologia tem sido negligenciada, sendo incluída no pacote de doenças não transmissíveis em diversos sistemas de saúde, despertando pouco interesse por parte dos formuladores de políticas, diminuindo financiamentos e incentivos para a criação de saúde bucal local e desses profissionais que respondem por a saúde bucal nos países acaba ficando sobrecarregada e sem equipe de trabalho, gerando estresse e cansaço, fragilizando o poder das lideranças locais e da defesa da priorização da saúde bucal.

A alfabetização em saúde (health literacy) é um indicador significativo da saúde individual, do comportamento de saúde e dos resultados de saúde; quanto mais desfavoráveis os desfechos de saúde, maiores os custos. Melhorando a conscientização da importância da saúde bucal, proporcionando acesso a informações confiáveis e estimulando o uso de medidas preventivas com embasamento científico devem ser medidas tomadas para mudar esse quadro [36]. Observamos que nos países estudados, a conscientização da população de seus direitos e a importância da saúde bucal foram mencionados como fatores que dificultam a implementação das políticas de saúde, resultando em menor financiamento e ampliação da rede de atenção para atender às demandas reprimidas. Em estudo realizado no Brasil, identificou-se que existe relação entre baixo

conhecimento em saúde e renda e escolaridade, além de informar a população sobre a importância da saúde bucal, os governos devem investir em políticas educacionais e melhor distribuição de renda para melhorar a situação de seus países [37].

A pesquisa qualitativa compreende os fenômenos de forma profunda e detalhada, como pontos de limitação, podemos citar a diversidade da América Latina como um todo e dos países estudados, do contexto de cada país e dos modelos de saúde por eles adotados, são necessários mais estudos em outros países da América Latina para compreender as diferenças entre os sistemas de saúde que incorporaram a saúde bucal ao serviço público.

5.3.5 Conclusão

Durante o desenvolvimento e implementação de políticas públicas diversos fatores são encontrados, e embora a saúde bucal seja oferecida de diferentes formas pelos sistemas de saúde, pode-se concluir que os recursos humanos são elementos fundamentais para o funcionamento dos serviços públicos e consequentemente o sucesso, além do interesse dos gestores e políticos pela inclusão desse tema na agenda política do país. As partes interessadas devem ter em mente que a saúde bucal é parte fundamental da saúde integral da população e devem incluir e preconizar esse tema.

REFERÊNCIAS[3]

1. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019 Jul ;394(10194):261-72. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X.

2. Tomar SL, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. J Public Health Dent. 2010 Jun;70 Suppl 1:S6-14. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00172.x.

3. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. Community Dent Oral Epidemiol. 2009 Feb;37(1):1-8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x.

4. Wang TT, Mathur MR, Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. Bull World Health Organ. 2020 Oct 1;98(10):719-721. doi: 10.2471/BLT.19.247288.

[3] De acordo dom estilo Vancouver.

5. Kandelman D, Arpin S, Baez RJ, et al. Oral health care systems in developing and developed countries. Periodontol 2000. 2012 Oct;60(1):98-109. doi: 10.1111/j.1600-0757.2011.00427.x.

6. Howlett M, Ramesh M, Pearl A. Studying public policy : policy cycles & policy subsystems. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009.

7. Jann W, Wegrich K. Theories of the policy cycle. In: Fischer F, Miller GJ, editors. Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods. New York: Routledge; 2017. p. 43–62.

8. Campos PA, Reich MR. Political analysis for health policy implementation. Health Syst Reform. 2019;5(3):224-35. doi: 10.1080/23288604.2019.1625251.

9. Simpson DD. A framework for implementing sustainable oral health promotion interventions. J Public Health Dent. 2011;71(s1):S84–94. doi: https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00234.x.

10. VERBI. MAXQDA 2018 [computer software]. Berlin: VERBI Software; 2018. [citado 19 nov 2020]. Disponível em: www.maxqda.com.

11. Health Policy Project. Capacity Development Resource Guide: Implementation Barriers. Washington,DC; 2014. 6 p.

12. Mehta N, Pandit A. Concurrence of big data analytics and healthcare: A systematic review. Int J Med Inform. 2018 Jun;114:57–65. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2018.03.013.

13. WHO. Oral Health information systems. Geneva; [20--]. [citado 20 maio 2020]. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/.

14. Finkelstein J, Zhang F, Levitin SA, et al. Using big data to promote precision oral health in the context of a learning healthcare system. J Public Health Dent. 2020 Mar;80(S1):S43–58. doi: 10.1111/jphd.12354.

15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización de la salud bucal mediante el análisis de fuentes secundarias de información, Colombia 2010-2011. IQEN. 2014 mar 31;19(6). [citado 20 mar 2021]. Disponível em: https://doc-14-a8-prod-01-apps-viewer.googleusercontent.com/viewer2/prod-01/pdf/tng75lqi5ndvnmvoem7gedplr0k8oe9f/nndpgjltm69s75roaou6vhctfvrecnco/1619785725000/3/10869820026064237261 7/APznzabeuCGijQSuOMXKbQru-YnZ5ce3mP9y2S-V_LpAH88_GgnvKm1RItAQG_aN5aSTg4nZRpW31soWzJIGe5rjYK0GwgN1j08YfhEtSBx2D0a-xwTSstLdDe00nAndIOFggUKC40rYNkSW2a6TCbjH7AXfpMCFGhcqRCNAOjoUve5HYuWyGqnZKsYUB0zANkfOMW20xvmoPhewZsvFJtPR_1bMDsEl459ot0C6bAzG19DmmcCAJaIZPLwIwTio_H2huk98LH3quwFLK_qNy9LG_HvK5e_fb1A9afhPXPSd8J8D4yGAMrPqX7Q4wLrZkIciqlhN-2CcqL1jXenuGITJhVot7TG8oAo-pKDZpMIE-QQ4zKnoUeU=?nonce=ktdpct7mo4eu4&user=10869820026064237261 7&hash=7ttl

8fs2j48ii7m2bsmlftcjeooc36lt.

16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social - MINSALUD. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber que hacemos. Bogotá; 2014. [citado 19 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf

17. Esposti CDD, Cavaca AG, Côco LS de A, et al. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. Saúde Soc. 2016;25(1):19–30. https://doi.org/10.1590/S0104-12902016141706.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF; 2004. [citado 20 fev 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.

19. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional Salud Bucal 2018-2030. [Santiago]; 2017. [citado 20 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf.
.
20. Cartes-Velásquez R. Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. Odontol Sanmarquina. 2020;23(2):189–96. doi: https://doi.org/10.15381/os.v23i2.17764.

21. Jara G, Werlinger F, Cabello R, et al. Sinopsis de la situación de salud oral en Chile - Parte I: garantías explícitas y guías clínicas. Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2018 dic;11(3):187–90. https://doi.org/10.4067/s0719-01072018000300187.

22. Durán D. Ignoring the life course: Ges oral health for adults of 60 years. J Oral Res. 2019 nov;8(4):272–4. Ddoi: 10.17126/joralres.2019.040.

23. De La Roche-Colorado V, Franco-Cortés A, Ochoa-Acosta E, et al. Assessment of an educational strategy and application of an oral health preventive protocol in early childhood. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2020;31(1):6–17. https://doi.org/10.17533/udea.rfo.v32n1a1.

24. Jadad Bechara E. La preocupante proliferacion de facultades. Dent Tribune [Internet]. 2017. [citado 4 fev 2021]. Disponível em: https://la.dental-tribune.com/news/la-preocupante-proliferacion-de-facultades/.

25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil y competencias profesionales del odontólogo en Colombia. Bogotá: MinSalud; 2013. [citado 4 ago 2020]. Disponível em: https://docplayer.es/9865650-Perfil-y-competencias-profesionales-del-odontologo-en-colombia.html.

26. Chile. Superintendencia de Salud. Registro Nacional de prestadores individuales de salud. Santiago; [20--]. [citado 4 mar 2020]. Disponível em: https://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-5587.html.

27. Conselho Federal de Odontologia. Estatisticas - Quantidade geral de entidades e profissionais ativos. Brasília, DF; [20--]. [citado 4 de jan 2021]. Disponível em: https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/.

28. Secretaria de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia. Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022: Referentes, objetivos y estrategias para avanzar en la garantía del derecho a la salud bucal. Medellín; 2015. [citado 10 maio 2020]. Disponível em: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES.

29. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Jaramillo Delgado G, et al. Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. Univ Odontol. 2019 abr;38(80). doi: https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.psbc.

30. Moscoso-Matus K, Smok Vásquez P, Botto Beytía AM. Odontólogos del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016 abr;9(1):42–7. doi: https://doi.org/10.1016/j.piro.2015.09.011.

31. Cantarutti Véliz C, Guerra C. Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. Temas Agenda Públ. 2019 ene;14(111):1–16. [citado 4 abr 2020]. Disponível em: https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content//uploads/2019/01/Temas-de-la-Agenda_N%C2%B0-111-Salud-bucal.pdf.

32. Gabriel M, Cayetano MH, Galante ML, et al. A global overview of the geographical distribution of dentists: A scoping review. JDR Clin Transl Res. 2018 Jul;3(3):229–37. doi: 10.1177/2380084418774316.

33. Gilson L. Everyday politics and the leadership of health policy implementation. Health Syst Reform. 2016 Jul;2(3):187–93. doi: 10.1080/23288604.2016.1217367.

34. Reich MR, Javadi D, Ghaffar A. Introduction to the special issue on “effective leadership for health systems.” Heal Syst Reform. 2016 Jul;2(3):171–5. doi: 10.1080/23288604.2016.1223978.

35. Williams DM, Mossey PA, Mathur MR. Leadership in global oral health. J Dent. 2019 Aug;87:49–54. doi: 10.1016/j.jdent.2019.05.008.

36. Horowitz AM, Kleinman DV, Atchison KA, et al. The evolving role of health literacy in improving oral health. Stud Health Technol Inform. 2020 Jun;269:95–114. doi: 10.3233/SHTI200025.

37. Bado FMR, De Checchi MHR, Cortellazzi KL, et al. Oral health literacy, self-rated oral health, and oral health-related quality of life in Brazilian adults. Eur J Oral Sci. 2020 Jun;128(3):218–25. doi: 10.1111/eos.12695.

6 DISCUSSÃO

Apesar de sua importância, a saúde bucal ainda é negligenciada em diversos países, e isto não ocorre apenas em países de baixa e média renda, grandes sistemas de saúde ainda não contemplam a odontologia em seu escopo de atendimentos. A organização de um sistema de saúde eficaz depende de fatores como recursos humanos, financiamento, equipamentos, logística dentre outros. É necessário que os programas ou políticas desenvolvidas em saúde bucal sejam responsivos e economicamente viáveis, a OMS recomenda o fortalecimento da APS, porém este modelo ainda enfrenta má distribuição e oferecimento insuficiente e as desigualdades em saúde bucal ainda são frequentes em países de baixa renda [74].

É preciso que o processo de tomada de decisão política considere o ciclo da política que consiste nas etapas de: 1) construção de agenda, 2) formulação da política, 3) processo decisório, 4) implementação e 5) avaliação, cada um desses estágios pode ser visto separadamente e torna possível para o formulador de políticas identificar, revisitar e reanalisar qual fase foi conduzida de forma errada, contudo, um bom processo não é sinônimo de uma boa política, porém as chances de insucesso são maiores quando a formulação de políticas não considera esse planejamento [75,76].

O “Global Forum for Health Research” tem como um de seus objetivos, o monitoramento das pesquisas necessárias para enfrentar os problemas de saúde das populações mais vulneráveis e desfavorecidas, e em 2008 em seu relatório de monitoramento de financiamento em saúde identificou que houve um aumento nos financiamentos em pesquisas em saúde, entretanto, a maioria (97%) em países de alta renda, com o restante (3%) em países de baixa e média renda [77]. As políticas de saúde pública ainda não são planejadas para incluir o uso das evidências cientificas e não refletem as evidências de pesquisa como poderiam, destaca-se que são necessárias melhorias na coleta de dados, relatórios e atividades de análise em países de baixa e média renda que contribuiriam para a identificação das demandas e distribuição dos investimentos nesses países, além de ser necessário melhorar a interface pesquisadores - formuladores de política [77,78].

A América Latina passou por diversas reformas nos sistemas de saúde nas últimas décadas [79] , que apresentavam em suas declarações princípios baseados na Declaração de Alma Ata, em quase todos os países foram incluídos sistemas de seguridade social. A crise econômica que assolou a região após os anos 80 trouxe consigo as Reformas Neoliberais em diversos países, que solicitaram ajuda financeira para Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), consequentemente houve uma descentralização do setor e privatizações. O Chile e a Colômbia são países que aderiram fortemente a essas reformas propostas, e estas reformas aumentaram significativamente gastos com saúde, mas infelizmente uma porcentagem desses recursos foi absorvida pelo aumento das despesas administrativas dos prestadores de serviço privado (ISAPRES e EPS), demonstrando que é muito difícil para o setor público controlar o comportamento das seguradoras e prestadores de serviços saúde, por ter alto poder econômico e político [79] .

De acordo com revisão sistemática realizada por Liverani et al (2013) [80] destaca que em países de baixa e média renda quando uma questão de saúde é importante para doadores/instituições internacionais, isso pode impactar a forma em que uma pesquisa é conduzida e priorizada e como os resultados são interpretados e usados para informar decisões políticas, pressões políticas podem encorajar um uso seletivo de evidências como um dispositivo retórico para apoiar escolhas políticas predeterminadas ou posições ideológicas, ou podem atrasar a tomada de decisões sobre questões controversas enquanto tópicos menos controversos com bases de evidências mais claras e não contestadas são seguidos.

A OMS já destaca a importância de se aproximar a pesquisa da prática, quando define que a “tradução do conhecimento” é: “a síntese, troca e aplicação de conhecimento pelas partes interessadas, relevantes para acelerar os benefícios da inovação global e local no fortalecimento dos sistemas de saúde e na melhoria da saúde das pessoas” [81], em nossos achados observamos que o papel da evidência cientifica no processo da tomada de decisão ainda requer melhorias, pudemos notar que a presença da academia nos processos decisórios contribuiu para a elaboração das políticas nesses países, mas ainda são necessários investimentos e continuidade nas pesquisas, principalmente quando se fala em levantamento epidemiológicos, além disso é preciso se institucionalizar a relação academia-gestores de modo a garantir a continuidade e fortalecer o vínculo entre esses atores.

Observamos que os levantamentos epidemiológicos tiveram um papel importante em todo o processo de desenvolvimento das políticas, desde o momento da identificação do problema de saúde e contribuindo para inserção na agenda [11], como para serem usados como fonte de evidência cientifica para elaboração das políticas [16] e também sendo um ponto de melhoria pois ainda são observados poucos financiamentos para realização destes estudos e os dados ainda são difíceis de serem acessados.

O tratamento odontológico é oneroso e gera consequências para aqueles que necessitam desembolsar diretamente de sua renda para ter acesso ao cuidado, os pagamentos diretos (out-of pocket payments) são a principal fonte de financiamento de cuidados de saúde em muitos países, principalmente em países desenvolvidos, estima-se que a carga econômica global de doenças dentárias foi de cerca de US$ 442 bilhões em 2010 e US$544 bilhões em 2015 [82], dos quais maior parte foram atribuíveis aos custos diretos do tratamento, grande parte destes gastos foram por países de alta renda (83%), seguido da América Latina e Caribe (5%), e US$ 144 bilhões aos custos indiretos em termos de perdas de produtividade devido a cáries, periodontite e perda dentária, onde quase 10% ocorre na América Latina e Caribe [4]. Recentes estudos com 41 países de baixa e média renda mostraram que os gastos em saúde bucal representam um alto custo para as famílias, a ponto de impedir gastos com necessidades básicas, sendo considerado “catastróficos”, ou seja, quando as famílias são obrigadas a reduzir suas despesas básicas e mostrando a necessidade de sistemas de saúde englobar a saúde bucal como um direito [83,84].

Estudos realizados na Colômbia, identificaram que o tipo de seguro de saúde não contribui para melhorar as desigualdades em saúde bucal [85,86], indicando que o sistema de saúde colombiano necessita ser reformulado com ênfase na cobertura universal e na APS. No Chile, os serviços garantidos pelo serviço público ainda são limitados a grupos etários e acarretam em desigualdades de acesso [87,88]. No Brasil a adoção do SUS trouxe grandes avanços para a população, e a criação da PNSB buscou garantir o acesso aos serviços odontológicos nos diversos níveis de atenção, apesar de todo avanço ainda são observadas disparidades no acesso entre população adulta e de menor renda[89,90]. Os esforços políticos para incluir a saúde bucal ainda são desafiadores para os países, mesmo um país como o Brasil que adotou um movimento para fortalecer a saúde bucal ainda enfrenta desafios a serem superados.

Diversos países da América Latina têm adotado a inclusão da saúde bucal em seus respectivos sistemas de saúde, a odontologia já era parte em alguma maneira em seus sistemas de saúde, mas observa-se que a partir de 2004, que coincide com a implantação da PNSB do Brasil, outros países iniciaram um movimento semelhante, com a criação de planos de saúde bucal e diretorias nacionais de saúde bucal, como por exemplo: Peru (Estratégia Nacional de Salud Bucal - 2007), Equador (Plan Nacional de Salud Bucal - 2009), Paraguai (Dirección de Salud Bucal - 2013), Argentina (Dirección Nacional de Salud Bucal - 2015) e Bolivia (Normas de Salud Oral del SUS - 2019). Foram citados por nossos entrevistados que a experiências em políticas externas também tiveram seu papel na colaboração para a inclusão do tema na agenda política.

Finalmente, destacamos aqui o papel do trabalhador do sistema de saúde (cirurgião dentista), que pode atuar em linhas de frente como atores da academia, prestadores de serviços e gestores. Em todas essas linhas é preciso que haja uma conscientização da sua importância e como podemos melhorar as políticas existentes ou contribuir para a elaboração de novas. Observamos que os dentistas exerceram papel, ora de barreira, ora de facilitadores, na implementação, e é necessário que sejam consideradas essas situações e propostas soluções como a sensibilização desde a formação do profissional da sua importância tanto para o mercado público como o privado, para que a odontologia não seja descolada das outras profissões da saúde e sim integradas de modo a garantir que seja considerada e valorizada pelas outras profissões, pelos gestores e pela população como deve ser.

Ainda são necessários estudos para compreender como se dá o processo de tomada de decisão política, são diversos países na América Latina que iniciaram esse movimento de incluir de alguma maneira a saúde bucal em seu pacote de prestação de cuidados nos sistemas de saúde, portanto, é preciso que a saúde bucal seja incluída nos sistemas de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, com ênfase na redução das desigualdades e garantindo o acesso a população, e consequentemente diminuindo gastos governamentais em saúde com doenças que podem ser prevenidas, e que as políticas sejam elaboradas informadas pelas melhores evidências científicas, considerando os contextos locais [91,92].

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que os países usaram principalmente levantamento epidemiológicos, mesas discussões e experiências externas de outros países como fontes de evidências científicas. A inserção da saúde bucal na agenda foi influenciada pela vontade política e presença nos postos de tomada de decisão de atores engajados na defesa da odontologia como política pública. Em relação às barreiras e facilitadores destacou-se o papel dos dentistas e o acesso aos dados para informar a tomada de decisão política.

A inserção da odontologia nos sistemas de saúde é fundamental para garantir a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. O interesse político se mostra um fator importante para destacar a importância desse tema nos sistemas de saúde. Além disso, o papel da academia como ator que destaca a importância da saúde bucal nos sistemas de saúde na abordagem da gestão tem permitido que essa questão seja abordada pela gestão, assim, quanto mais próximos estiverem da academia do sistema de saúde, maior será o potencial de informar decisões políticas.

REFERÊNCIAS[4]

1. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019 Jul ;394(10194):261-72. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X.

2. World Health Organization. Health in the Americas. [Washington, DC: WHO]; 2012. [citado em 18 jan 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=7:health-in-the-americas&Itemid=113&lang=en.1.

3. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, et al. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. J Clin Periodontol. 2017 Mar;44 Suppl 18:S94-S105. doi: 10.1111/jcpe.12677.

4. Listl S, Galloway J, Mossey PA, et al. Global economic impact of dental diseases. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1355-61. doi: 10.1177/0022034515602879.

5. Dye T. Understanding public policy. 12th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2007.

6. Howlett M, Ramesh M, Pearl A. Studying public policy : policy cycles & policy subsystems. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009.

7. Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

8. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health* 2018; 18: 23.

9. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. Int Dent J. 2008 Jun;58(3):115-21. doi: 10.1111/j.1875-595x.2008.tb00185.x.

10. Levino A, Carvalho EF De. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev Panam Salud Públ [Internet]. 2011 [ciatdo 13 jul 2020];30(5):490–500. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n5/490-500/pt.

1 De acordo com estilo Vancouver.

11. Kingdon J. Agenda, alternatives, and public policy. New York: Longman, c1995. Chapter 9; Wrapping things up – session Agenda setting; p. 205-13.

12. Paim JS, Teixeira CF. Política , planejamento e gestão em saúde : balanço do estado da arte Policy , planning and health management : the current. Rev Saúde Públ. 2006 ago;40 Spec issue:73–8. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011.

13. Beach D, Pedersen RB. Process-tracing methods: foundations and guidelines. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2013. Chapter 1; Process-tracing in the social sciences; p. 1-8; Chapter 2; The three different variants of process-tracing and their uses; p. 9-22. [citado 19 jan 2021]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/287260232_Process-Tracing_Methods_Foundations_and_Guidelines.

14. Henriques ABL, Leite AC, Teixeira Jr A. Reavivando o método qualitativo: as contribuições do estudo de caso e do process tracing para o estudo das Relações Internacionais. Rev Debates. 2015;9(1):9–23. doi: https://doi.org/10.22456/1982-5269.52333.

15. Simpson DD. A framework for implementing sustainable oral health promotion interventions. J Public Health Dent. 2011;71(s1):S84–94. doi: https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00234.x.

16. Weiss CH. The many meanings of research utilization. Public Adm Rev 1979; 39:426–31.

17. Tseng V. The uses of research in policy and practice. Soc Policy Rep [Internet]. 2012 [citado 24 ju 2020];26(2):1–24. Disponível em: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED536954.pdf

18. Amara N, Ouimet M, Landry R. New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. Sci Commun. 2004;26(1):75–106. doi: https://doi.org/10.1177/1075547004267491.

19. Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atencion de la salud en America Latina. In: Molina CG, Núñez del Arco J, editores. *S*ervicios de Salud en América Latina y Asia. Whashington DC: Banco Interamericano de Desarollo; 2003. Capítulo 1; p. 3–40. [citado 24 mao 2020]. Disponível em: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Servicios-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-Asia.pdf.

20. Bravo MS. Politica de saúde no Brasil: serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. [citado data]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social

Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS; 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE; 2001.

21. Dos Santos NR. 30 years of SUS: The beginning, the pathway and the target. Cienc Saude Coletiva. 2018 jun [citado 3 fev 2002];23(6):1729–36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601729&script=sci_arttext&tlng=en.

22. Senna M de CM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Públ [Internet]. 2002 [citado 14 se 2020];18:203–11. Suplemento. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13806.pdf.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1750, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, DF; 2004. [citado 19 fev 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html.

24. Pucca GA, Gabriel M, de Araujo ME, et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7. doi: 10.1177/0022034515599979.

25. Brasil. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasilia, DF: Editora MS/CGDI; 2018.

26. Peres KG, Peres MA, Boing AF, et al. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. Rev Saude Publ. 2012 apr;46(2):250–8. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007.

27. Aggio A, Quiero GC. Chile: processo político e controvérsias intelectuais. Lua Nova 2000;(49):87–111. doi: https://doi.org/10.1590/S0102-64452000000100006.

28. Labra ME. As políticas de saúde no Chile: entre a razäo e a força. In: *Saúde em debate*. Hucitec, 1995, pp. 103–152.

29. Universidade e São Paulo. Faculdade de Odontologia. Observatorio Iberoamericano de politicas públicas em saúde bucal. Desenvolvido por Mariana Lopes galante. São Paulo; 2020. [citado 16 mar 2021]. Dispon[ivel em: https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/quemsomos/.

30. Cartes-Velásquez R. Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. Odontol Sanmarquina. 2020;23(2):189–96. doi: https://doi.org/10.15381/os.v23i2.17764.

31. Chile. Sistema de Información de Tendências Educacionais na America Latina. Constituición politica da república de Chile. Buenos Aires: Unesco escritório para a América Latina; [20--]. [citado 10 mar 2021]. Disponível em: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos.

32. Chile. Ministerio de Salud. Fonasa - Documentos estadísticos institucionales. Boletin Estadistico 2017-2018. Santiago; [20--]. [citado 16 mar 2020]. Disponível em: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos.

33. Chile. Superintendencia de Salud. Modalidad libre elección o M.L.E. Santiago; [20--]. [citado 16 mar 2021]. Disponível em: https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2383.html#recuadros_articulo_4933_7 (2020).

34. Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto con fuerza de ley DFL. Nº3. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2017. [citado 10 fev 2021]. Disponível em: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1107658.

35. Valdenegro R, Caro C, Cruz R, et al. Historia de la educación universitaria en Odontología y rol social de los cirujanos dentistas en Chile. Rev Educ Cienc Salud [Internet]. 2014 [citado 27 ago 2020];11(1) 54–60. Disponível em: http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol1112014/artrev11114b.pdf.

36. Moscoso-Matus K, Espinoza-Santander I. Odontólogos: ¿Cuántos somos y en que lugar de Chile ejercemos nuestra profesión? Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2017 ago;10(2):75–6. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000200075.

37. Moscoso-Matus K, Smok Vásquez P, Botto Beytía AM. Odontólogos del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016 abr;9(1):42–7. doi: https://doi.org/10.1016/j.piro.2015.09.011.

38. Donozo Díaz S. A reforma neoliberal da educação superior no Chile em 1981. Rev Bras Ciênc Soc. 2005;20(57):53–64. doi: https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000100004.

39. Chile. Ministerio de Dalud. Salud bucal. Santiago; 2015. [citado 14 jun 2020]. Disponível em: https://www.minsal.cl/salud-bucal/.

40. Cantarutti Véliz C, Guerra C. Políticas públicas que favorecen la salud bucal:

recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. Temas Agenda Públ. 2019 ene;14(111):1–16. [citado 4 abr 2020]. Disponível em: https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content//uploads/2019/01/Temas-de-la-Agenda_N%C2%B0-111-Salud-bucal.pdf.

41. Chile. Superintendencia de Salud. Ley 19.966 - Establece un regimen de garantias en salud. Santiago; 2004. [citado 10 jan 2020]. Disponível em: https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-554_recurso_1.pdf.

42. Chile. Superintendencia de Salud. Garantias Explicitas en Salud (GES). Santiago; [20-- ?]. [citado 16 mar 2021]. Disponível em: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonLegislacion.

43. Jara G, Werlinger F, Cabello R, et al. Sinopsis de la situación de salud oral en Chile - Parte I: garantías explícitas y guías clínicas. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2018;11(3):187–90. doi: 10.4067/S0719-01072018000300187.

44. Haddad AS, Tagle ELP, Biella V de A. Momento atual da Odontologia para pessoas com deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. Rev Assoc Paul Cirurg Dent. 2016 abr-jun;70(2):132–40.

45. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional Salud Bucal 2018-2030. [Santiago]; 2017. [citado 20 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf.

46. Morales A, Hussein N, Polanco J, et al. Sinopsis de la Situación de salud oral en Chile - Parte III: Encuestas Nacionales de Salud. Int J Interdiscip Dent .2020 dic;13(3):140–6. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000300140.

47. Morales A, Jara G, Werlinger F, et al. Sinopsis de la situación de salud oral en Chile - Parte II: diagnósticos poblacionales de salud oral. Int J Interdiscip Dent. 2020 ago;13(2): 88–94. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000200088.

48. Fresno MC, Jeldes G, Estay J, et al. Prevalencia, severidad de caries dental y necesidad de tratamiento restaurador en escolares de 6 a 12 Años de la Provincia de Santiago, Región Metropolitana. Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral 2019 ago;12(2):81–86. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072019000200081.

49. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Bucal.

Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años, análisis por macrozona. Santiago; 2014. [citado 10 jan 2021]. Disponível em: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/846/Diagnostico-Nacional-6a%c3%b1os_analisis-por-macrozona%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

50. Colombia. Constituición Politica de Colombia. Bogotá; 1991. [citado 14 jun 2020]. Disponível em: https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf.

51. Naranjo CD, López H. La odontologia en Colombia. Bogotá: Universidad El Boque; 2002. Tomo I: Historia Cultura y Sociedad.

52. Castro-Núñez J. The evolution of oral and maxillofacial surgery in Colombia: from the dental school of Bogotá to Waldemar Wilhelm and his legacy. J Hist Dent. Spring 2013;61(1):21-36.

53. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 10 de 6 de abril de 1962: por el cual se reglamenta la Ley sobre el ejercicio de la odontología. Bogotá; 1962. [citado 16 mar 2021]. Disponível em: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66136.

54. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Informe de desarollo humano para Colombia 1998. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. [Bogotá]; 1998. [citado 19 mar 2020]; Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/colombia_1998_sp.pdf.

55. Colombia. Ley número 100 de 23 de siciembre de 1993: Ley de Seguridad Social Integral. Sata Fé de Bogotá; 1993. [citado 16 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf.

56. Londono JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997 Jul;41(1):1-36. doi: 10.1016/s0168-8510(97)00010-9.

57. Colombia. Ministerio de Salud. Salud pública. Bogotá; [20--]. [citado 16 mar 2021]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx.

58. Alberto C, Calderón A, Botero JC. The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. Cien Saude Colet. 2011 Jun;16(6):2817-28. doi: 10.1590/s1413-81232011000600020.

59. Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Rev Salud Publ [Internet]. 2012 [citado 14 mar 2020];14(5):865–77. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877.

60. Hernandez M. [Health reform, equity and the right to health in Colombia]. Cad Saude Publ. 2002 jul-ago;18(4):991-1001. doi: 10.1590/s0102-311x2002000400007.

61. Colombia. El Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social;2015. [citado 10 jan 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.

62. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev Gerenc Polít Salud [Internet]. 2009 jan-jun [citado 14 dez 2019];8(16):91–105. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100006.

63. Secretaria de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia. Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022: Referentes, objetivos y estrategias para avanzar en la garantía del derecho a la salud bucal. Medellín; 2015. [citado 10 maio 2020]. Disponível em: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES.

64. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2011. [citado 20 fev 2020]. Disponível em: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=41355.

65. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC; 2007. [citado 19 jan 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf.

66. Colombia. Ministerio de la Proteccion Social. 28 de septiembreResolución 3577 de 2006. Bogotá; 2006. [citado 19 jan 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20DE%202006.pdf.

67. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá; 2013. [citado 25 abr 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf.

68. Montenegro Martínez G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Univ Odontol [Internet]. 2011 ene-jun [citado 20 jan 2020];30(64):101–8. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2312/231218581013.pdf.

69. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social - MINSALUD. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber que hacemos. Bogotá; 2014. [citado 19 mar 2020]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf.

70. Yin RK. Case study research: design and methods. 3rd ed. London: SAGE; 2003.

71. VERBI. MAXQDA 2018 [computer software]. Berlin: VERBI Software; 2018. [citado 19 nov 2020]. Disponível em: www.maxqda.com.

72. Bardin L. Análise de conteúdo. 70th ed. Lisboa: Persona; 2001.

73. Haynes AS, Derrick GE, Chapman S, et al. From ‘our world’ to the ‘real world’: Exploring the views and behaviour of policy-influential Australian public health researchers. Soc Sci Med. 2011 Apr;72(7):1047-55. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.004.

74. Petersen PE, Baez RJ, Ogawa H. Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2020 Aug;48(4):338-348. doi: 10.1111/cdoe.12538.

75. Sabatier PA. Theories of the policy process. 2nd ed. Boulder, Colorado: Westview Press; 2007. doi: 10.2307/3551961.

76. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implement Sci. 2015 Apr 21;10:53. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0..

77. Burke MA, Matlin AS, editors. Monitoring financial flows for health research 2008: Prioritizing research for health equity. Geneva: Global Forum for Health

Research; 2008. [citado 20 mar 2020]. Disponível em: http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr_pub/assoc/s14888e/s14888e.pdf (2008).

78. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, et al. The utilisation of health research in policy-making: Concepts, examples and method of assessment. Health Res Policy Syst. 2003 Jan 13;1(1):2. doi: 10.1186/1478-4505-1-2.

79. Homedes N, Ugalde A. Reformas de salud y equidad en América Latina. Cienc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 jun [citado 19 mar 2020];16(6):2690–2. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/05.pdf.

80. Liverani M, Hawkins B, Parkhurst JO. Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. PLoS One.. 2013 Oct 30;8(10):e77404. doi: 10.1371/journal.pone.0077404.

81. World Health Organization. Bridging the “Know–do” gap meeting on knowledge translation in global health. Geneva; 2006. [citado 4 fev 2020]. Disponível em: http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf.

82. Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, et al. Global-, regional-, and country-level economic impacts of dental diseases in 2015. J Dent Res. 2018 May;97(5):501-507. doi: 10.1177/0022034517750572.

83. Masood M, Sheiham A, Bernabé E. Household expenditure for dental care in low and middle income countries. PLoS One. 2015 Apr 29;10(4):e0123075. doi: 10.1371/journal.pone.0123075.

84. Bernabé E, Masood M, Vujicic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. BMC Public Health. 2017 Jan 23;17(1):109. doi: 10.1186/s12889-017-4042-0.

85. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Garzón-Orjuela N, et al. Health insurance and education: Major contributors to oral health inequalities in Colombia. J Epidemiol Community Health. 2019 Aug;73(8):737-744. doi: 10.1136/jech-2018-212049.

86. Rengifo-Reina HA, Corchuelo-Ojeda J. Inequidades en la atención odontológica en una red de salud en Cali, Colombia. Rev Salud Publica (Bogota). 2009 Aug;11(4):526-37. doi: 10.1590/s0124-00642009000400004.

87. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. Rev Panam Salud Publica. 2013 Feb;33(2):98-106, 2 p preceding 98. doi: 10.1590/s1020-49892013000200004.

88. Gallego F, Larroulet C, Palomer L, et al. Socioeconomic inequalities in self-perceived oral health among adults in Chile. Int J Equity Health. 2017 Jan 21;16(1):23. doi: 10.1186/s12939-017-0519-9.

89. Bastos TF, Medina L de PB, Sousa NF da S, et al. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National health survey, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2019 Oct 7;22Suppl 02(Suppl 02):E190015.SUPL.2. doi: 10.1590/1980-549720190015.supl.2.

90. Pucca GA, Gabriel M, de Araujo ME, et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7. doi: 10.1177/0022034515599979.

91. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. The Lancet Oral Health Series: Implications for Oral and Dental Research. J Dent Res. 2020 Jan;99(1):8-10. doi: 10.1177/0022034519889050.

92. Mozhdehifard M, Ravaghi H, Raeissi P. Application of policy analysis models in oral health issues: A Review. J Int Soc Prev Community Dent. 2019 Sep 30;9(5):434-444. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_252_19.

ANEXO A – Roteiro de entrevista com questões norteadoras

DADOS DO ENTREVISTADO

Nome:
Posição do entrevistado: 1. A. Nacional () B. Subnacional / Territorial () 2. A. Político () B. Executivo () C. Técnico () D. Acadêmico () E. União () F. Serviços de saúde () G. Outros ()
1) local de trabalho:
2) Formação acadêmica:
3) Anos de experiência em trabalho gerencial: ( ) até 5 anos ( ) De 5 a 15 anos ( ) Mais de 15 anos

1. Descreva brevemente sobre sua carreira e seu papel no cenário da política de saúde bucal do Brasil.

2. Qual a sua leitura sobre a situação da saúde bucal no país?

3. Na sua opinião, existem políticas públicas de saúde bucal (PPSB) no Brasil? Você poderia mencioná-las? Desde quando? Você poderia descrever o que são esses PPSBs nos níveis:
   a. Atenção individual (diagnóstico, preventivo, decisivo, reabilitação)
   b. Cuidados coletivos (medidas populacionais, promoção e prevenção)
   c. Ações de vigilância (pesquisas epidemiológicas, adição de flúor e outras)

4. Como é a gestão das referidas PPSBs? E como é o financiamento?

5. Na sua opinião, existe uma noção do direito à saúde bucal no PPSB? Poderia dizer do que se trata - Como é operacionalizado ou desenvolvido nas políticas?

6. Como você avalia o alcance do direito à saúde bucal, no desenvolvimento de políticas públicas, em questões como:
   a. Universalidade e amplitude do direito (cobertura e conteúdo)
   b. Equidade
   c. Integralidade
   d. Orientação para as diferentes etapas do ciclo de vida

7. Em relação ao processo de tomada de decisão na PPSB
   a. Houve um momento / ponto-gatilho / pessoa importante para incluir a saúde bucal na agenda política?
   b. Quais atores estão ligados a ele, de que maneira?
   c. Como as populações participam?
   d. Como é a relação entre a academia e os formuladores de políticas? E como a tomada de decisão se baseia em evidências científicas?
   e. Como é o processo da tomada de decisões?

8. Que barreiras você identifica para a implementação do PPSB em seu país e como elas podem ser resolvidas?
   a. Atenção individual
   b. Cuidados coletivos
   c. Ações de vigilância de ações

9. Quais são os elementos facilitadores da implementação do PPSB no país e como eles podem ser mais utilizados?

10. Você quer falar sobre outra coisa que não discutimos? Alguma sugestão sobre o assunto?

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Identificação das barreiras e facilitadores existentes para a implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina**.**

Pesquisador responsável: Fernanda Campos de Almeida Carrer

Departamento: Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Telefone para contato da pesquisadora: +55 11 3091-7891 / 3091-7717.
Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder uma entrevista de forma totalmente **voluntária**, tendo o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.

Objetivo do estudo: Através de entrevistas com responsáveis pela tomada de decisões em políticas públicas dos seus países, esta pesquisa busca identificar as principais barreiras e facilitadores encontrados para a criação de políticas em saúde pública em saúde bucal no contexto Ibero Americano.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em participar de uma entrevista com a finalidade de atingir o objetivo do estudo. A entrevista será gravada em gravador digital e o conteúdo da sua fala só será transcrito pelos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados. Seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo como sujeito da pesquisa será excluída da transcrição.

Benefícios. Esta pesquisa poderá trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. A participação na entrevista citada representará não apresenta risco significativo de ordem física ou psicológica para você e os riscos de identificação durante processo de transcrição será mínimo, pois todo processo será sigiloso e qualquer informação que o identifique será substituída por códigos e mantido pelo pesquisador responsável.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo intitulada**" *Identificação das barreiras e facilitadores existentes para a implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina".***

A pesquisadora me entregou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). Fui, ainda, informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou qualquer constrangimento. Fui também informado(a) de que em caso de dúvidas posso entrar em contato com CEP-FOUSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 3091.7960 – e-mail cepfo@usp.br. O horário de atendimento ao público e pesquisadores é: de segunda a sexta-feira das 9 as 12h e de 14 as 16h (exceto em feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

_____ _____

Assinatura do Sujeito da pesquisa Pesquisador