



O QUE
ESPERAMOS
DO PRÓXIMO
PRESIDENTE
DO BRASIL

2015

2018

O QUE
ESPERAMOS
DO PRÓXIMO
PRESIDENTE
DO BRASIL

2015

2018

Presidente

Ailton Diogo Morilhas Rodrigues
(CRO-MS 1201)

Vice-Presidente

Leonardo Marconi Cavalcanti de Oliveira
(CRO-PB 721)

Secretário-Geral

Genésio Pessôa de Albuquerque Júnior
(CRO-TO 375)

Tesoureiro

Rubens Côrte Real de Carvalho
(CRO-SP 8261)

Conselheiros Efetivos

Benício Paiva Mesquita (CRO-CE 1427)
Cesar José Campagnoli (CRO-PR 1916)
Ericson Leão Bezerra (CRO-AM 1039)
José Mário Morais Mateus (CRO-MG 12392)
José Ricardo Dias Pereira (CRO-PE 2815)

Conselheiros Suplentes

Ataíde Mendes Aires (CRO-MA 294)
Dalter Silva Favarete (CRO-MT 2831)
Eimar Lopes de Oliveira (CRO-RN 1352)
Maria Izabel de S. Ávila Ramos (CRO-AP 33)
Mário Dourado Queiroz (CRO-BA 1552)
Messias Gambôa de Melo (CRO-PA 930)
Murilo Rosa (CRO-SC 1515)
Paulo Sérgio Moreira da Silva (CRO-AL 749)
Tito Pereira Filho (CRO-AC 96)

COORDENADORES DAS REGIÕES

Região Norte

Luís Eduardo Lopes Albuquerque

Região Nordeste

Eimar Lopes de Oliveira

Região Sudeste

Silvio Jorge Cecchetto

Região Sul

Aguinaldo Coelho de Farias

Região Centro-Oeste

Dalter Silva Favarete

GRUPO DE TRABALHO

Conselho Federal de Odontologia – CFO

Ailton Diogo Morilhas Rodrigues
Presidente

Leonardo Marconi Cavalcanti de Oliveira
Vice-presidente

Genésio Pessôa de Albuquerque Júnior
Secretário-geral

Rubens Côrte Real de Carvalho
Tesoureiro

Antônio Márcio Coimbra
Superintendente executivo

Doriélio Barreto da Costa
Membro da Comissão de Legislação

Ericsson Leão Bezerra
Conselheiro

Ermensson Luiz Jorge
Assessor Especial da Presidência

Luiz Edmundo Gravatá Maron
Procurador jurídico

Mário Ferraro Tourinho Filho
Presidente da Comissão do Mercosul

Participação Especial

Gilberto Pucca
Coordenador Nacional de Saúde Bucal do
Ministério da Saúde

Maira Pedrosa Leão
Doutora e Mestre em Implantodontia
Professora Pesquisadora da
Universidade Positivo – Paraná

Wilson Chediek
Presidente da Comissão de Ética – CROSP

Coordenação do Seminário

Getúlio Nunes
Fernando Barcellos Ximenes

O QUE
ESPERAMOS
DO PRÓXIMO
PRESIDENTE
DO BRASIL

2015
2018

Brasília 2014



CONSELHO
FEDERAL DE
ODONTOLOGIA



Sede do CFO no Distrito Federal
SHC-AO-Sul-EA-02/08-Lote 05
Ed. Terraço Shopping | Torre A/sala 207
Bairro Octogonal | Brasília/ DF | CEP: 70660-020
Tel.: (61) 3234-9909 | Fax: (61) 3233-7586
cfo@cfo.org.br | www.cfo.org.br

Escritório no Rio de Janeiro:
Av. Nilo Peçanha, 50, Grupo,
2316 Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20020-100
Tel.: (21) 2122-2200 | Fax: (21) 2122-2229 | 2122-2230
CNPJ: 74.155.763/0001-48

Odontologia, Conselho Federal.

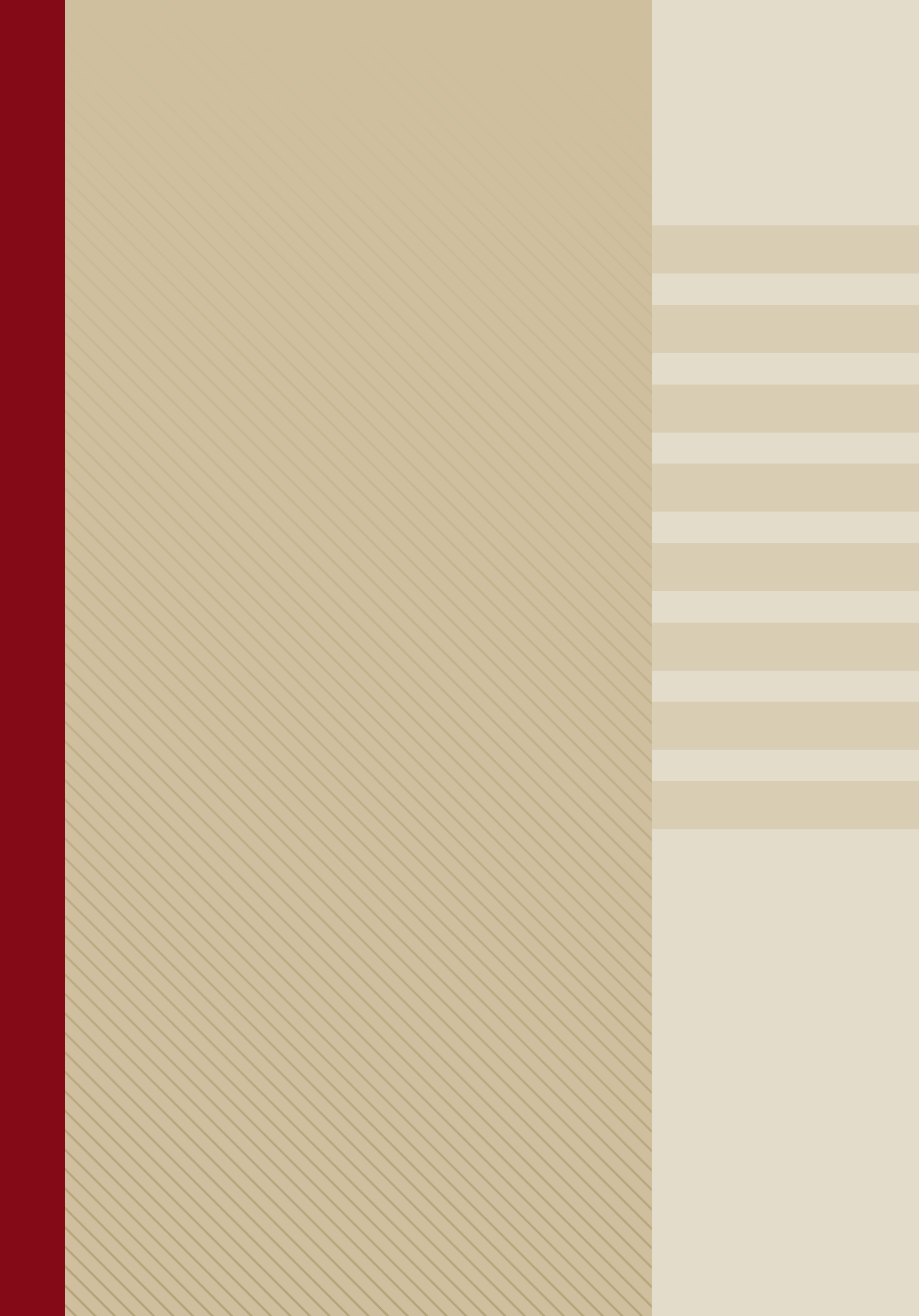
O que esperamos do próximo Presidente do Brasil :
2015-2108 / Conselho Federal de Odontologia. – Brasília , 2014.
64p.

1. Odontologia. 2. Saúde Bucal.
I. Título.

CDU - 616:314







SUMÁRIO

Mensagem ao próximo Presidente do Brasil	8
Sumário Executivo	10
Políticas Públicas	24
Comunicação	30
Atendimento à População	34
Formação Profissional	54
Valorização da Categoria	60
Observatório da Saúde Bucal	64



O maior anseio dos brasileiros, em qualquer pesquisa de opinião pública, é com a Saúde.

Em levantamento realizado em junho último, pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), a Saúde como um todo foi mal avaliada por 79% dos entrevistados.

Ao mesmo tempo, uma pesquisa nacional realizada pelo Datafolha para este Conselho, em abril passado, mostrou que a saúde bucal está em outro patamar de avaliação. O cirurgião-dentista, a higiene e a organização do consultório no atendimento público e privado alcançaram média 9,0, e a facilidade para o agendamento de consultas na rede pública e privada obteve nota 8,3.

Se o trabalho do cirurgião-dentista recebeu uma avaliação extraordinária nesta pesquisa, o mesmo fato não pode ser dito sobre a disponibilidade do atendimento odontológico oferecido à população, apesar de todo os esforços que aumentaram em mais de 500%, o número de Equipes de Saúde Bucal, na estratégia do Programa de Saúde da Família, desde 2002.

Para 59% dos brasileiros, os seus direitos em relação à Saúde Bucal não estão sendo atendidos, e 68% sequer sabem que têm esse direito constitucional ao atendimento odontológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Há um sério problema de comunicação pública.

O Programa Brasil Sorridente, presente em quase 5.000 municípios, já atendeu 80 milhões de pessoas em 10 anos, sendo considerado o maior programa do mundo na área da Odontologia. No entanto, ainda é desconhecido por 68% dos brasileiros. É um programa de alta qualidade, na medida em que 81% dos que já o utilizaram definem o atendimento como bom ou ótimo.

A pesquisa trouxe esses e outros dados valiosos, permitindo ao Conselho Federal de Odontologia sugerir ações estratégicas e medidas de impacto ao próximo Presidente da República, compiladas neste documento, que tem a legitimidade da opinião do povo brasileiro.

Esperamos cumprir o nosso dever institucional e o nosso papel de cidadãos. Que o Brasil possa continuar avançando nas políticas de Saúde Bucal, com o apoio dos 414.130* profissionais da Odontologia que atuam com competência, qualidade e responsabilidade em todos os rincões deste nosso país.

(*) Número de profissionais em 7/8/2014

Ailton Diogo Morilhas Rodrigues
(CRO-MS-1201)
Presidente





SUMÁRIO EXECUTIVO

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este documento foi desenvolvido pelo Conselho Federal de Odontologia (**CFO**) a partir de uma minuciosa análise das condições da saúde bucal no Brasil. Sua abrangência ultrapassa as ações desenvolvidas por governos, pois o estágio da área odontológica no país é uma conquista de muitos anos, envolvendo todos os entes federativos.

A execução das políticas públicas tem, cada vez mais, a marca da participação da sociedade civil e, de forma muito especial, dos profissionais da Odontologia.

Um modelo integrado

O objetivo maior do **CFO** é elevar os indicadores de saúde bucal no Brasil aos níveis recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reduzindo as diferenças regionais que impedem o país de alcançar esse patamar de proteção à sociedade.

O **CFO** entende que, embora medidas pontuais sejam necessárias e eficazes para a solução de problemas agudos, somente por meio de uma ação sistêmica que ultrapasse mandatos e esferas de governo será possível alcançar esses objetivos.

Por isso, antes de fazer recomendações, o **CFO** propõe a adoção de um modelo ao mesmo tempo simples e profundo que oriente, organize e integre as diversas ações relacionadas com a saúde bucal no Brasil.



Componentes do modelo

1– Políticas públicas: refletem o que a sociedade brasileira espera em termos de saúde bucal e, por isso, devem ser transformadas em políticas de Estado, imunes ao risco de interrupções pela alternância natural e democrática no Poder Executivo.

2– Comunicação: todos os envolvidos no Sistema Nacional de Saúde Bucal precisam estar informados adequadamente sobre o seu papel, suas responsabilidades, seus direitos, bem como sobre os serviços disponíveis.

Isso significa que, embora deva conter campanhas de divulgação em mídia de massa, o plano maior de comunicação precisa estar subordinado a uma estratégia da qual as campanhas fazem parte, não sendo, porém, em absoluto, seu componente principal.

Alguns exemplos dos desafios que precisam ser enfrentados:

- Como a população das cidades menores saberá utilizar os benefícios do Brasil Sorridente no momento em que necessitar?
- Como os profissionais terão conhecimento das oportunidades de trabalho no interior?
- Como manter os dentistas atualizados sobre as opções de financiamento disponíveis para a montagem e modernização de consultórios?
- Como orientar os candidatos à profissão sobre os cursos mais bem avaliados e sobre as oportunidades de trabalho em cada região?

3– Atendimento à população: as políticas públicas, bem comunicadas, organizam a oferta de serviços e geram as demandas sociais. Atender à população envolve ações diretas e indiretas.

3.1 – Ações diretas

- Ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESBs).
- Ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).
- Ampliação dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDs).

3.2 – Ações indiretas

- Ampliação do número de municípios com água fluoretada.
- Distribuição de kit de saúde bucal.
- Inclusão de conteúdos de saúde bucal nos currículos do ensino básico.

Fazem parte desse grupo todas as estruturas de nível Federal, estadual e municipal responsáveis pelo atendimento à população, além dos serviços complementares, como aqueles fornecidos pela extensão universitária e pelas organizações do terceiro setor.

4- Formação profissional: a oferta de um serviço odontológico de qualidade, bem como a presença do atendimento dentário em todo o país, depende do aprimoramento do ensino técnico e do ensino superior, com vagas distribuídas de forma a atender às necessidades regionais.

- Como melhorar a avaliação dos cursos da área da Odontologia?
- Como incentivar a abertura de cursos técnicos e superiores em áreas desassistidas, e como evitar a proliferação de instituições de ensino em regiões onde há saturação de profissionais?
- Que incentivos devem ser criados para os recém-formados iniciarem a vida profissional no interior do país?
- Como controlar a qualidade do profissional formado?
- Como articular um trabalho conjunto entre os conselhos profissionais e o Conselho Nacional de Educação para regular a oferta de acordo com as efetivas necessidades do país na área da saúde?

5- Valorização da categoria: por fim, é fundamental evitar a precarização da atividade. A fiscalização rigorosa do exercício profissional deve ser acompanhada pelo reconhecimento social do cirurgião-dentista e dos demais envolvidos com a saúde bucal. A atenção primária avançou a passos largos e, a partir de agora, será necessário qualificar melhor o profissional da Odontologia para a atenção secundária e terciária. A criação da carreira de estado para o cirurgião-dentista é estratégica para que a política de saúde bucal continue avançando, operada por profissionais que tenham a sua atividade vinculada exclusivamente ao serviço público.

A visão sistêmica da saúde bucal proposta pelo **CFO** exige que esses cinco componentes funcionem de maneira integrada e evoluam pelos mesmos patamares de maturidade.

Assim, partindo de políticas públicas e estratégias que orientem os objetivos de médio e longo prazo, será imprescindível que os outros quatro componentes se movimentem de forma coordenada, a fim de evitar desperdícios e frustrações de expectativas da população.

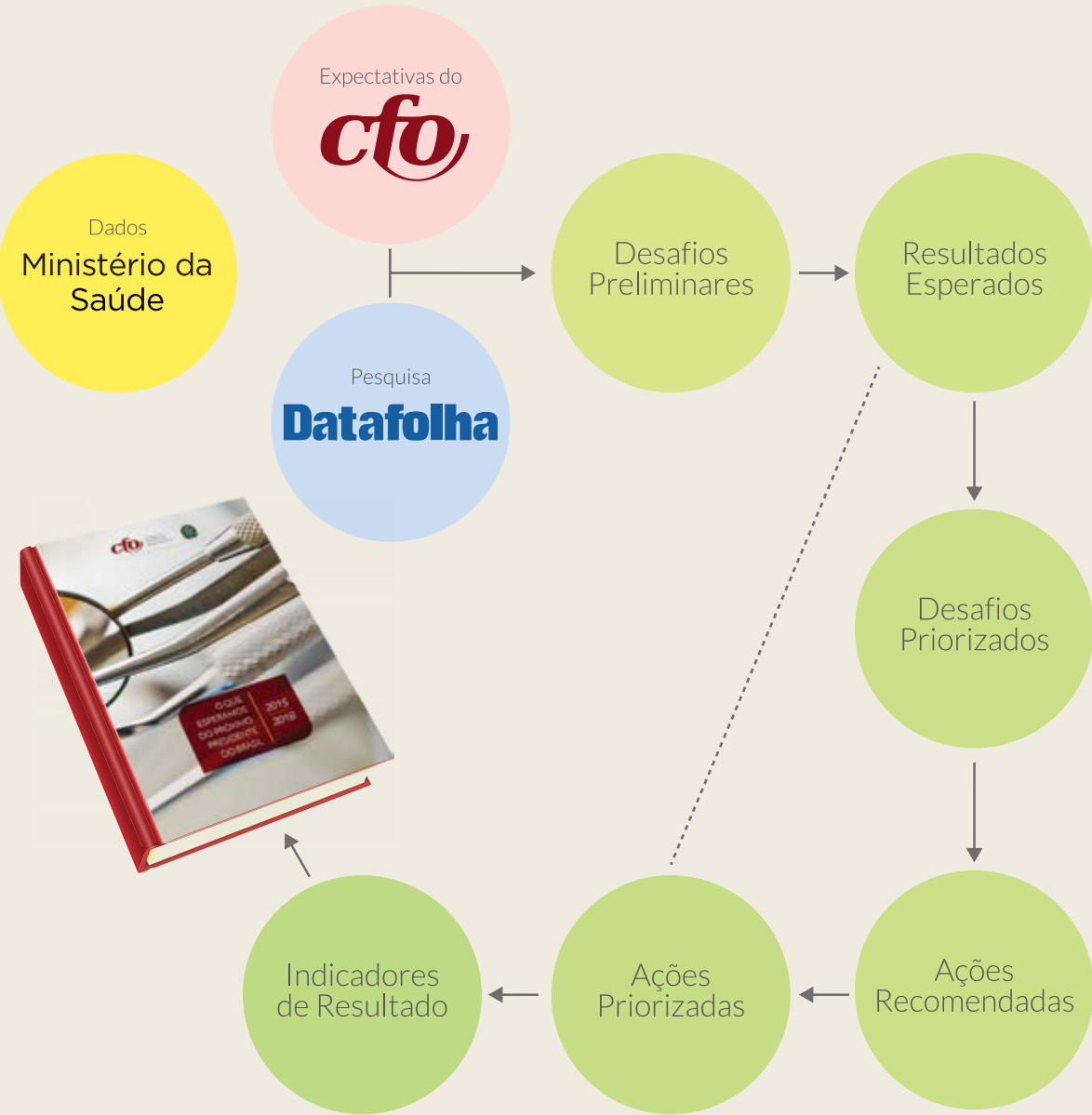
Os modelos integrados não são segredos na saúde pública do Brasil. São, aliás, o principal motivador do seu desenvolvimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os fundamentos do SUS preconizam que as ações de promoção, proteção e recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade e as suas diversas áreas de atividades formam, também, um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Assim, deve ser com a Odontologia brasileira. A partir de uma visão sistêmica teremos um parâmetro seguro para monitorar as nossas atividades profissionais. E, por consequência, orientar o poder público quanto às reais necessidades para tornar o Brasil uma referência internacional ainda mais reconhecida na saúde bucal.

A construção da pauta do CFO

No diagrama abaixo, sintetizamos o fluxo seguido para produzir o presente documento que está sendo entregue aos candidatos à próxima eleição presidencial. O objetivo do CFO, na representação de uma classe que congrega cerca de 415 mil profissionais de nível médio e superior, é contribuir para o aprimoramento das políticas para a saúde bucal, tão necessário para a universalização do atendimento à população, conforme estabelecido e garantido na Constituição Federal.



a) **Dados de referência**

O passo inicial do trabalho foi compilar um documento prévio com um conjunto de informações que orientassem a discussão, provenientes das seguintes fontes:

- Dados oficiais do Ministério da Saúde (MS), extraídos do Datasus, um sistema que congrega as informações do SUS.
- Expectativas da direção do **CFO** e de especialistas por ela convidados, extraídas no Seminário “O que o **CFO** espera do Próximo Presidente”.
- Pesquisa Datafolha sobre a saúde bucal no Brasil, com amostra de 2.085 pessoas, a partir de 16 anos de idade, de todos os níveis econômicos e em todas as regiões do país. As entrevistas ocorreram em 133 municípios, entre os dias 2 e 3 de abril de 2014, com margem de erro máxima de dois pontos percentuais. A pesquisa abordou uma avaliação pessoal da saúde bucal, o atendimento e tratamento dentário público e privado, os principais problemas da área, uma avaliação do programa Brasil Sorridente e hábitos de higiene bucal dos brasileiros.

b) **Desafios preliminares**

A partir da análise dos dados iniciais, foram extraídos, em seminário que reuniu a diretoria do **CFO** e os especialistas em saúde bucal, cerca de 40 desafios preliminares, compostos por problemas e oportunidades que, a princípio, o **CFO** considerou oportunos para um aprofundamento, organizados, segundo o modelo integrado:



O foco, nesse momento, não foi a busca de soluções ou propostas, mas exclusivamente a identificação de desafios válidos, conforme os critérios a seguir:

- Os desafios teriam que ser compatíveis com as atribuições do **CFO**.
- Teriam que caber dentro do próximo mandato presidencial.
- Estariam obrigatoriamente no nível do executivo Federal (questões estaduais e municipais, algumas delas muito relevantes, foram deixadas de lado por não constituírem uma pauta presidencial).
- Deveriam enfrentar *déficits* importantes com relação à situação desejada.
- Deveriam ter impacto significativo sobre o bem-estar da população.

O critério de tempo (mandato de quatro anos) foi considerado obrigatório, uma vez que manteve a atenção voltada para questões concretas, capazes de produzir resultados de curto e médio prazo, assegurando a possibilidade de serem incorporadas aos programas de governo, sem perder a visão de longo prazo do modelo integrado que serviu de base para todo o estudo.

c) Resultados esperados

Para cada um dos desafios que passaram pelo crivo dos critérios, os participantes do seminário buscaram identificar os resultados esperados: aquilo que deveria ser alcançado para que o desafio fosse considerado vencido.

A pergunta a ser respondida foi “como vamos saber se os desafios foram superados?”

d) Desafios priorizados

Ao conhecer os resultados esperados, ou seja, o impacto de cada desafio, fizemos uma priorização dos desafios, em três níveis:

- Indispensáveis: os desafios que não poderiam deixar de ser atendidos.
- Importantes: os desafios que produziram impacto positivo, ainda que não decisivo.
- Desejáveis: desafios menores, localizados, ou secundários.

Com isso, dos 40 desafios preliminares, o grupo selecionou os 11 desafios considerados indispensáveis, ou estratégicos, para a Odontologia.

e) Ações recomendadas e ações prioritizadas

Conhecidos os desafios indispensáveis, demos um passo adiante, considerando as possíveis ações capazes de endereçá-los e, posteriormente, priorizando as ações segundo os mesmos critérios.

f) Indicadores de resultado

Por fim, o grupo sugeriu os indicadores de resultados a serem usados para monitorar e medir cada uma das 11 ações estratégicas.

g) Pauta do CFO para os presidenciais

O produto final é a pauta de recomendações do CFO, conforme ilustrada a seguir.

A PAUTA DO CFO

A seguir, resumimos os desafios, as ações, os resultados e os indicadores que resultaram na pauta do CFO para os presidenciais.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
TRANSFORMAR O BRASIL SORRIDENTE EM POLÍTICA DE ESTADO	- Aumentar o alcance (cobertura geográfica e especialidades) das ações atuais. - Reduzir os riscos, a incidência e a variabilidade dos agravos em saúde bucal.	- Aprovar o projeto de lei institucionalizando o Brasil Sorridente.	- Aprovação do projeto de lei.

COMUNICAÇÃO

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
MANTER COMUNICAÇÃO PERMANENTE, INTEGRADA E OBJETIVA SOBRE A SAÚDE BUCAL	- Aumentar o conhecimento da população sobre o Brasil Sorridente. - Reduzir a incidência de enfermidades relacionadas à saúde bucal. - Aumentar a visibilidade das oportunidades de formação, trabalho e financiamento.	- Criar e implementar política de comunicação sobre a saúde bucal. - Realizar campanhas nacionais periódicas sobre prevenção do câncer bucal, endocardite bacteriana, hepatite C, diabetes e outras. - Realizar campanhas nacionais periódicas voltadas para gestantes, idosos e crianças. - Incluir a higiene bucal nos conteúdos transversais do ensino básico. - Realizar campanhas nacionais periódicas voltadas para os profissionais de odontologia (atuais e futuros).	- Proposição, aprovação e implementação de uma política de comunicação. - Verba orçamentária federal “carimbada” para campanhas periódicas.

ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
AMPLIAR O FINANCIAMENTO AO SUS	- Aumentar o financiamento à saúde para 10% da receita bruta da União.	- Propor e fazer aprovar projeto de lei que garanta 10% da receita bruta da União para a saúde.	- Aprovação constitucional do novo percentual.
AMPLIAR A OFERTA DE ÁGUA TRATADA, ASSEGURANDO A FLUORETAÇÃO	- Aumentar o número de estações de tratamento de água com fluoretação. - Reduzir a incidência de enfermidades de veiculação hídrica.	- Aumentar o financiamento e o controle para melhorar a cobertura de saneamento básico junto com a fluoretação de águas de abastecimento público.	- Número de estações com fluoretação.
VIABILIZAR A FIXAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS REGIÕES MENOS ASSISTIDAS	- Aumentar número de profissionais nas áreas menos assistidas. - Aumentar a frequência e a probabilidade de acesso ao atendimento. - Diminuir o tempo de deslocamento da população para atendimento. - Diminuir o risco de enfermidades associadas a problemas bucais.	- Implementar a carreira de estado de cirurgião-dentista por meio de repasses do SUS.	- Avanço trimestral na proposição, formulação e implantação do plano de cargos e salários.
UNIVERSALIZAR A COBERTURA DAS ESBs, CEOs, E LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA	- Aumentar o número de ESBs, CEOs e LPDs em regiões carentes. - Aumentar os recursos financeiros para capacitação e contratação de profissionais.	- Abrir novas escolas de formação. - Equilibrar a oferta nas diversas regiões do país.	- Redução anual das diferenças percentuais na relação escola/população entre as regiões.
AUMENTAR O ACESSO À PROMOÇÃO E À ASSISTÊNCIA	- Aumentar o número de ESBs na atenção básica em todos os municípios.	- Aumentar o financiamento das equipes da estratégia de Saúde da Família.	- Incremento anual da dotação orçamentária para financiamento de ESBs.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
MELHORAR A QUALIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	- Aumentar a criação de cursos técnicos com bolsa para estudantes carentes. - Aumentar a qualificação dos professores universitários.	- Fazer a avaliação continuada dos cursos de graduação com ênfase na formação. - Condicionar os financiamentos das IES à nota obtida pelos cursos atuais. - Regulamentar a residência odontológica.	- Modificação dos critérios de avaliação, com ênfase nos aspectos de formação. - Avaliação anual dos cursos superiores de odontologia. - Proposição, aprovação e regulamentação da residência odontológica. - Proposição, aprovação e implantação de projeto de lei regulamentando a residência odontológica.

VALORIZAÇÃO DA CATEGORIA

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
ASSEGURAR O CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA COMO ÓRGÃO REGULADOR DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	- Diminuir o risco de que a população não seja assistida quanto aos seus direitos. - Aumentar a frequência da fiscalização do exercício profissional.	- Preservar as atribuições do CFO no que diz respeito ao exercício profissional.	- Nenhuma agência reguladora com poderes superpostos ao CFO.
DESONERAÇÃO DA CARGA TRIBUTÁRIA SOBRE ATIVIDADES PROFISSIONAIS EM SAÚDE	- Diminuir o valor da alíquota tributária do Simples para o cirurgião-dentista.	- Incluir o cirurgião-dentista na Tabela IV do Simples Nacional (Supersimples) com alíquota de 4,5%.	- Aprovação da alíquota de 4,5% para os cirurgiões-dentistas.

POLÍTICAS
PÚBLICAS

COMUNICAÇÃO

ATENDIMENTO
À POPULAÇÃO

FORMAÇÃO
PROFISSIONAL

VALORIZAÇÃO
DA CATEGORIA

A seguir, detalhamos as principais demandas da classe Odontológica. Elas estão embasadas em dados estatísticos e em pesquisas de campo que conferem transparência e credibilidade ao presente documento. A saúde bucal do Brasil vive um momento de transição. É preciso ampliar a cobertura do atendimento primário, mas, ao mesmo tempo, evoluir para o atendimento completo, o que vai exigir desde maiores investimentos públicos até um novo impulso na formação profissional. As demandas aqui colocadas, se atendidas, são importante passo para o nosso país chegar a um novo patamar de qualidade em saúde bucal. Esse é o objetivo do Conselho Federal de Odontologia ao apresentar este documento aos que se candidatam a assumir a Presidência do Brasil.

POLÍTICAS PÚBLICAS

O que esperamos do próximo presidente




Políticas
públicas

Comunicação

Atendimento
à população

Formação profissional

Valorização da categoria

O principal objetivo da Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente) é a reorganização da prática e a qualificação de ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de iniciativas em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS.

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implementação das Equipes de Saúde Bucal – ESBs na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implementação de Centros de Especialidades Odontológica – CEOs e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPDs, e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

O QUE ESPERAMOS DO PRÓXIMO PRESIDENTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
TRANSFORMAR A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE) EM POLÍTICA DE ESTADO	- Aumentar o alcance (cobertura geográfica e especialidades) das ações atuais. - Reduzir os riscos, a incidência e a variabilidade dos agravos em saúde bucal.	- Aprovar projeto de lei institucionalizando o Brasil Sorridente.	- Aprovação do projeto de lei.

A Política Nacional de Saúde Bucal, implantada em 2004, tem aprovação em todas as instâncias da sociedade. Há convergências significativas entre governo e entidades de classe, entre profissionais e agentes de estado, mesmo entre as diversas correntes políticas.

Esse patamar de aprovação orienta o Conselho Federal de Odontologia a desejar que o próximo Presidente da República transforme a Política Nacional de Saúde Bucal, inserida no Programa Brasil Sorridente, em política de Estado, dando-lhe perenidade, tendo em vista que a sua legitimidade vem sendo reafirmada ano após ano.

O **CFO** entende que essa terá o referendo de todas as áreas de governo envolvidas, bem como do Parlamento, dos conselhos de saúde, das entidades profissionais e, de forma muito especial, dos milhões de brasileiros atendidos pelo Programa Brasil Sorridente.

Uma série de estudos técnicos e levantamentos estatísticos demonstra a excelente relação de custo-benefício, o alcance, o grau de satisfação, a ampliação do atendimento e a melhoria consistente dos padrões de saúde bucal do país, no entanto é necessário avançar, evoluindo da atenção básica para atenção secundária e terciária, disseminando o atendimento por especialidades.

A institucionalização do Brasil Sorridente como Programa de Estado é uma decisão estratégica que ajudará o país vencer as desigualdades, cumprindo os preceitos constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na saúde pública.

CONTEXTO

Lançado em março de 2004, o Programa Brasil Sorridente já beneficiou quase 80 milhões de brasileiros nos seus 10 anos de existência.

Possui como diretriz estruturar uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços de saúde. Assim, o programa pretende assegurar a integralidade das ações de saúde bucal, conectando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita.



O Programa Brasil Sorridente é composto por:

Equipe de Saúde Bucal (ESB)

A atuação das ESBs fundamenta-se nos princípios de integralidade da atenção, trabalho em equipe interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Existem três tipos de ESBs:

- Modalidade I: composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal.
- Modalidade II: agrega mais um técnico em saúde bucal.
- Modalidade III: atua em unidade móvel para garantir as ações de promoção e prevenção e o atendimento básico às populações: rurais; quilombolas; assentadas; e em áreas isoladas ou de difícil acesso.

Para prestar atendimento à população tanto nos Centros de Especialidades Odontológicas quanto nas Unidades Básicas de Saúde, o programa é composto hoje por 23.150 Equipes de Saúde Bucal espalhadas em 4.971 municípios – o que corresponde a uma cobertura de 89,2% dos municípios.

O SUS já emprega 24% dos dentistas do país, o equivalente a 63.584 profissionais atuando na rede pública.

Centro de Especialidades Odontológica (CEO)

A Política Nacional de Saúde Bucal está ampliando e qualificando a atenção especializada em saúde bucal, por meio de uma de suas principais linhas de atuação: os CEOs.

Os CEOs propiciam a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado pela rede de atenção básica ou pelas ESBs.

Os dentistas da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente, realizando o encaminhamento ao CEO daqueles casos que exigem maior complexidade.

O tratamento no CEO é realizado por meio de agendamento, de encaminhamento de referência pelo profissional da atenção básica.

Cada CEO credenciado recebe recursos do MS. A implantação funciona por meio de parceria entre municípios, estados e o governo federal. O MS faz o repasse de uma parte dos recursos e os estados e municípios contribuem com outra parcela.

Há três tipos de CEO:

- CEO Tipo I – três consultórios completos com três cirurgiões-dentistas, perfazendo carga horária semanal de 120 horas semanais, mais um auxiliar em saúde bucal por dentista.
- CEO Tipo II – quatro a seis consultórios completos com quatro a seis cirurgiões-dentistas, perfazendo carga horária semanal de 160 hs.
- CEO Tipo III – sete ou mais consultórios completos com sete ou mais perfazendo carga horária de mínima 280 horas semanais, mais um auxiliar em saúde bucal por dentista.

Existem, atualmente, 1.000 CEOs implantados em 808 municípios e outros 250 em construção. Em 2013, o MS investiu R\$ 1 bilhão, em todo o país, em recursos destinados às Equipes de Saúde Bucal e também em investimentos a estes centros.

Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD)

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e da perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o MS passou a financiar, desde 2005, o credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível, e/ou prótese coronária/intrarradicular e fixa/adesiva.

Municípios com qualquer base populacional podem ter o LRPD, e não há restrição quanto à sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado).

O MS repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com faixas de produção. Esse recurso financeiro é repassado para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), após publicação em portaria específica do MS.

A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado pelo Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Em 2013, mais de 415 mil próteses dentárias foram entregues, por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias presentes em 1.465 municípios.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – demonstrou queda de 26% na incidência de cárie na faixa etária de 12 anos de idade entre 2003 e 2010, fazendo que o Brasil passasse a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Também houve redução no número de dentes afetados por cáries e ampliação no acesso aos serviços de saúde bucal para as faixas etárias de 15 a 19 anos; 35 a 44 anos; e 65 a 74 anos de idade.

Pesquisa SB Brasil 2010 — Evolução da Saúde Bucal no País

Em 2003, foi realizado o primeiro inquérito de saúde bucal no Brasil, que incluiu, além de todas as 26 capitais e o Distrito Federal, os municípios do interior das cinco regiões. Essa pesquisa ficou conhecida como Projeto SB Brasil 2003. No estudo, o CPO, índice internacional que mede dentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos, foi igual a 2,78.

Na mesma pesquisa aplicada em 2010, o CPO aos 12 anos ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em sete anos, demonstrando a eficiência das ações do programa Brasil Sorridente.

Pesquisa semelhante, realizada em 1986, havia mostrado um CPO aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente sete dentes afetados pela doença, sendo a maioria destes ainda sem tratamento.

Os resultados da pesquisa SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).

COMUNICAÇÃO

O que esperamos do próximo presidente





Políticas
públicas

Comunicação

Atendimento
à população

Formação profissional

Valorização da categoria

O acesso à informação é um direito do indivíduo. Este é o entendimento sobre comunicação pública nas democracias do mundo inteiro. O cidadão deve receber informação de qualidade por meio de mensagens que incentivem a sua inserção na sociedade e o exercício de seus direitos. Infelizmente, no Brasil, informações sobre serviços públicos vitais, como os da saúde pública, ainda não alcançam a totalidade da população, deixando de fora os segmentos mais carentes.

A dificuldade de acesso às informações gera descrédito do serviço público perante o cidadão. Muitas vezes, o serviço é oferecido, mas é desconhecido da sociedade. A comunicação deve ser reconhecida como a grande propulsora das políticas públicas, muito mais do que um simples instrumento de divulgação.

Professamos no **CFO** que a democratização da informação é o melhor caminho para a transparência e o respeito à cidadania, incentivando o uso dos serviços públicos gratuitos, como aqueles oferecidos no âmbito da saúde bucal, especialmente por parte das comunidades mais necessitadas.

O QUE ESPERAMOS DO PRÓXIMO PRESIDENTE NA COMUNICAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
MANTER COMUNICAÇÃO PERMANENTE, INTEGRADA E OBJETIVA SOBRE A SAÚDE BUCAL	- Aumentar o conhecimento da população sobre o Brasil Sorridente. - Reduzir a incidência de enfermidades relacionadas à saúde bucal.	- Criar e implementar política de comunicação de massa sobre saúde bucal. - Realizar campanhas nacionais periódicas sobre prevenção do câncer bucal, endocardite bacteriana, hepatite C, diabetes e outras. - Realizar campanhas nacionais periódicas voltadas para gestantes, idosos e crianças. - Incluir a higiene bucal nos conteúdos transversais do ensino básico.	- Proposição, aprovação e implementação de uma política de comunicação de massa. - Verba orçamentária federal “carimbada” para campanhas periódicas.

A pesquisa Datafolha realizada para o **CFO** apontou que parte significativa da população brasileira não conhece os seus direitos e menos ainda as ações desenvolvidas em seu favor pelo Programa Brasil Sorridente.

O governo federal investiu R\$ 761 milhões em propaganda no exercício de 2013, apenas na Administração Direta. Contando a Administração Indireta, o valor alcançou mais de R\$ 2,3 bilhões. Constatase, assim, que não faltam recursos para campanhas de utilidade pública – aquelas que alertam, informam e educam a população para problemas de saúde. É preciso priorizar o investimento.

A demanda do **CFO** para o próximo Presidente da República não está relacionada a campanhas de mídia de massa, mesmo que elas sejam desejáveis e algumas vezes indispensáveis, no entanto, é mais eficiente, antes delas, produzir e distribuir material informativo nas escolas, por meio das prefeituras. Utilizar canais alternativos, como sindicatos, confederações, associações, ONGs para levar informação de qualidade aos usuários finais. Usar a rede odontológica para campanhas específicas sobre câncer bucal, endocardite bacteriana, hepatite C e mensagens exclusivas para públicos mais expostos a enfermidades, como gestantes, idosos e crianças.

O objetivo é combinar informação com educação, envolvendo todos os agentes que atuam no Programa Brasil Sorridente em torno de um plano de comunicação integrada em prol da saúde bucal no país.

CONTEXTO

A pesquisa Datafolha contratada pelo **CFO** perguntou aos entrevistados se eles sabiam que, por lei, todo brasileiro tem direito ao atendimento, à prevenção, à assistência e à reabilitação da saúde bucal.

Apenas 32% responderam que sabiam, e somente 29% consideraram que esse direito está sendo plenamente atendido.

Inquiridos sobre o conhecimento do Programa Brasil Sorridente, que completou 10 anos em 2014, apenas 32% responderam que sim, conhecem. Dentro do universo pesquisado, o percentual indica que mais de 100 milhões de pessoas acima de 16 anos nunca ouviram falar dessa iniciativa estratégica que sintetiza a política pública de saúde bucal no país. E apenas 7%, que equivalem a pouco mais de 3 milhões de pessoas, informam que conhecem e estão bem informadas sobre o programa.

O Datafolha fez uma pergunta completa para testar ainda mais o nível de conhecimento sobre o Brasil Sorridente:

O Brasil Sorridente é um programa do governo federal que oferece tratamento odontológico gratuito e próteses, por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS. O Brasil Sorridente tem centros de especialidades odontológicas, Laboratórios de Prótese Dentária e equipes de saúde bucal. Aqui na sua cidade tem o programa Brasil Sorridente?

Mais da metade dos entrevistados (55%) respondeu que não sabia, 33% que não existia e 12% que o serviço era, sim, oferecido. Novamente, a resposta denota que há grande problema de comunicação, já que o programa cobre 89% dos municípios e apenas 12% da população sabem, com certeza, que o atendimento é oferecido na sua cidade.

Uma das ações mais consistentes dos programas de saúde bucal no país é a educação quanto à higiene. Pelos números captados pelo Datafolha, as iniciativas nesse campo têm funcionado ao longo dos anos. A pesquisa perguntou quantas vezes os brasileiros escovam os dentes ao dia. Quarenta e nove por cento (49%) responderam que escovam os dentes três vezes por dia, 57% utilizam fio dental e 51% costumam usar enxaguante bucal.

Outra pergunta trouxe uma resposta que remete à necessidade de melhor comunicação: 53% dos entrevistados entendem que seus direitos não estão sendo respeitados no que se refere ao atendimento odontológico público. Sem dúvida, isso é um indicativo da premente necessidade de comunicação para o programa.

ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

O que esperamos do próximo presidente





Elaborada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada em 2011, tem como principal objetivo informar sobre os direitos e deveres da população ao buscar atendimento no SUS. Estes são os seus princípios basilares:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Como membro do Conselho Nacional da Saúde, o **CFO** é signatário dessa Carta.

O QUE ESPERAMOS DO PRÓXIMO PRESIDENTE
EM ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
AMPLIAR O FINANCIAMENTO AO SUS	- Aumentar o financiamento à Saúde para 10% da receita bruta da União.	- Propor e fazer aprovar o projeto de lei que garanta 10% da receita bruta da União para a Saúde.	- Aprovação pelo Congresso do novo percentual.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, parágrafo 3º determina que, por meio de lei complementar, seriam definidos os percentuais que a União, os estados e os municípios aplicariam na área da Saúde, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 estabeleceu os percentuais mínimos de despesas com ações e serviços públicos de saúde para estados (12%) e municípios (15%). Para a União, estabeleceu-se um mínimo vinculado à despesa do ano anterior, acrescida da variação do PIB. O mecanismo foi mantido na Lei Complementar nº 141/2012, mas não vem sendo cumprido, com imensos prejuízos para a saúde pública no país.

A posição institucional do **CFO**, aqui transformada em pleito para o próximo Presidente da República, é aprovar lei para que a União fique obrigada a aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a 10% de suas receitas correntes brutas, considerando essas como a totalidade das receitas tributárias, patrimoniais, industriais, agropecuárias; de contribuições, de serviços e de transferências correntes, mantendo-se os mínimos já estabelecidos e praticados por estados e municípios.

CONTEXTO

Uma análise da evolução dos gastos públicos brasileiros com a saúde revela a fragilidade do mecanismo estabelecido há 12 anos, bem como suas consequências.

Um estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) demonstrou que a União, em 2000, arcava com 60% do total dos gastos públicos brasileiros em Saúde. Em uma década, essa parcela caiu para 45%. Em movimento inverso, os estados aumentaram sua parcela nos gastos no mesmo período de 18,5% para 27%, e os municípios, de 21,7% para 28,4%. A realidade é que a participação federal no financiamento da saúde vem caindo, com transferência do ônus para os outros entes federados.

Em 1980, a participação federal era de 75%, a estadual de 18% e a municipal, de 7%. Em 1991, 73% da União, 15% dos estados e 12% dos municípios. Em 2001, a União continuou diminuindo-seu gasto, representando 56% do total, cabendo aos estados 21% e aos municípios 23%.

Já, em 2011, a União contribuiu com apenas 47%, os estados com 26% e os municípios com 28%.

Os gastos federais *per capita* para a Saúde caíram entre 1997 e 2008, com raros picos em função de ocorrências pontuais. Em 1997, o país investia R\$ 294 por habitante. Em 2003, o gasto *per capita* caiu para R\$ 234. Em 2008, alcançou R\$ 289.

Entre 1995 e 2011, caiu o gasto percentual em relação à receita federal. Em 1995, o MS teve disponíveis para suas atividades 11,72% da receita corrente bruta da União. Em 2011, esse percentual caiu para 7,3%.

Em 2013, o gasto governamental, para cada brasileiro, estacionou em R\$ 3,05 ao dia em Saúde. Este é o valor que a esfera pública em geral, composta pelos governos federal, estaduais e municipais, aplicou para cobrir as despesas dos mais de 200 milhões de brasileiros, potenciais usuários do SUS.

Ao todo, o gasto anual *per capita* em saúde foi de R\$ 1.098,75, bem abaixo dos parâmetros internacionais, representando a metade do que gastaram os beneficiários de planos de saúde do Brasil no mesmo período.

No último ano, as despesas federais, estaduais e municipais atingiram a cifra de R\$ 220,9 bilhões. O montante agrega todas as despesas na chamada “função saúde”, destinada à cobertura das ações de aperfeiçoamento do sistema público de saúde. Boa parte desse dinheiro é usada também para o pagamento de funcionários, entre outras despesas de custeio da máquina pública.

Enquanto os estados e os municípios sacrificam a gestão para aplicar o mínimo previsto em lei, a União deixa de gastar, por dia, R\$ 22 milhões que deveriam ser destinados à saúde pública. Estima-se que, entre 2001 e 2012, o MS deixou de aplicar quase R\$ 94 bilhões de seu orçamento previsto.

A própria OMS (Estatísticas Sanitárias 2014) informa que o governo brasileiro tem uma participação aquém das suas necessidades e possibilidades no financiamento. Do grupo de países com modelos públicos de atendimento de acesso universal, o Brasil era, em 2011, o que tinha a menor participação do Estado (União, estados e municípios) no financiamento da saúde.

Segundo os cálculos da OMS, enquanto no Brasil o gasto público em saúde alcançava US\$ 512 por pessoa, na Inglaterra, por exemplo, o investimento público em saúde já era cinco vezes maior: US\$ 3.031. Em outros países que adotam o sistema universalizado de saúde, a regra é a mesma. França (US\$ 3.813), Alemanha (US\$ 3.819), Canadá (US\$ 3.982), Espanha (US\$ 2.175), Austrália (US\$ 4.052) e até a Argentina (US\$ 576) aplicam mais do que o Brasil.

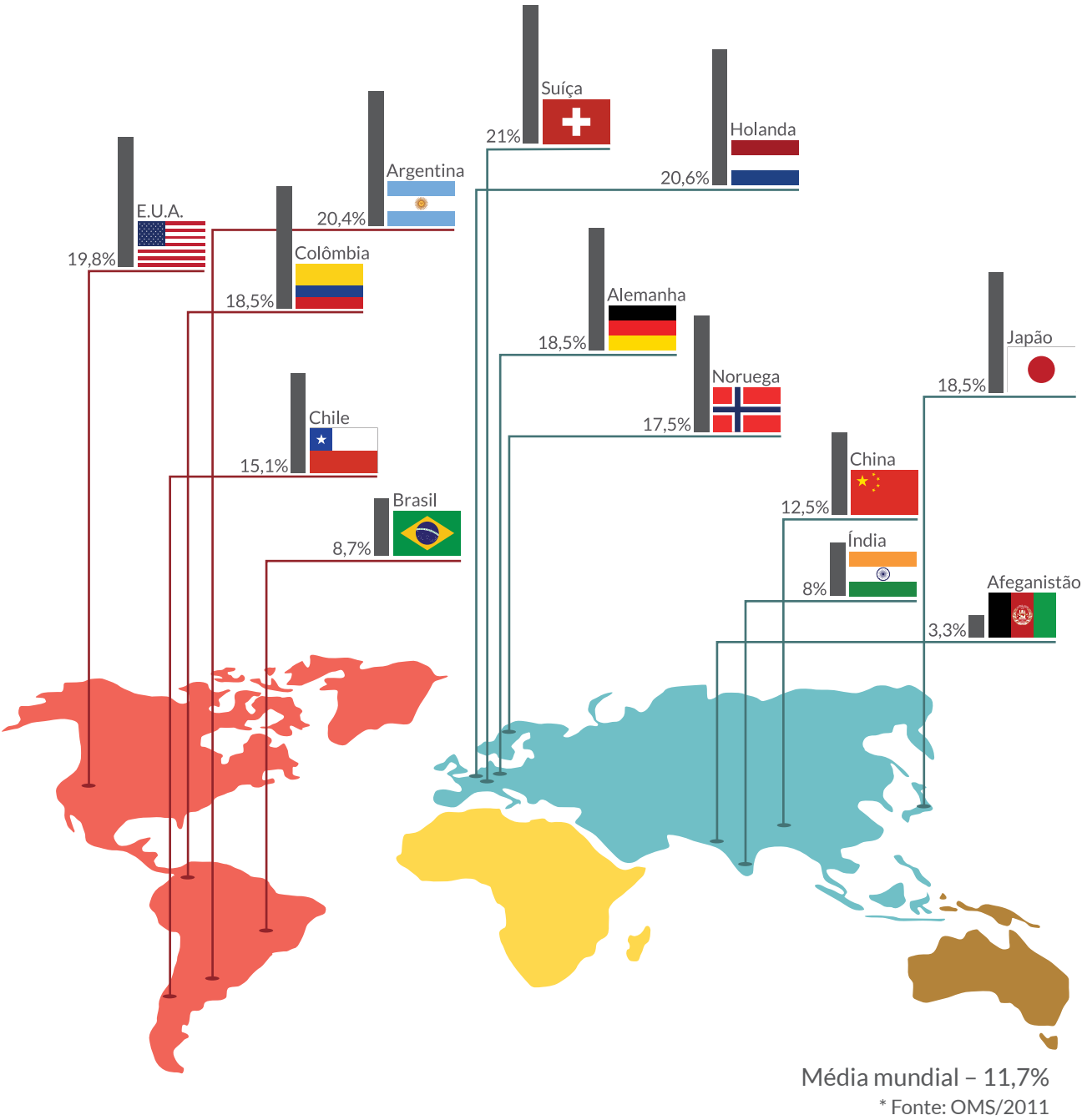
Segundo a OMS, no Brasil, a parcela do orçamento federal destinada à saúde em 2013 (em torno de 8,7%) foi menor, inclusive, do que a média dos países africanos (10,6%) e a média mundial (11,7%).

O Brasil ainda vive uma contradição: é um país onde a população paga do seu próprio bolso mais de 50% dos gastos no setor, embora tenha um sistema público de saúde “gratuito e universal”.

Números extraídos de estudos da OMS revelam que, em 2011 – os últimos dados disponíveis –, os gastos privados com a saúde responderam por cerca de 54% das despesas totais na área, enquanto que o governo financiou os 46% restantes.

A taxa é inversamente proporcional à de muitos países ricos e de alguns emergentes, em que a maior parte dos investimentos na saúde é feita pelos governos, como é o caso da Noruega (86%), Luxemburgo (84%), Grã-Bretanha (83%) e Japão (80%), além de Turquia (75%), Colômbia (74%) e Uruguai (68%).

Parcela do orçamento dos governos investida na saúde*



Segundo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), em 26 de março de 2014, o investimento em saúde bucal, em 2012, alcançou R\$ 171,95 milhões e, até novembro de 2013, já havia atingido R\$ 197,18 milhões, um incremento de 14,7%. Isso decorre de uma maior prioridade do governo federal para a atenção básica, dentro do Programa Saúde da Família.

Estima-se que a destinação de 10% da receita bruta da União para a destinação de 10% dela para a Saúde aumentaria o investimento em mais de R\$ 40 bilhões, um incremento de cerca de 50% dos valores atualmente destinados para a área.

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
AMPLIAR A OFERTA DE ÁGUA TRATADA, ASSEGURANDO A FLUORETAÇÃO	- Aumentar o número de estações de tratamento de água de abastecimento público com fluoretação. - Reduzir a incidência de enfermidades de veiculação hídrica.	- Aumentar o financiamento e o controle para melhorar a cobertura de saneamento básico junto com a fluoretação de águas de abastecimento público.	- Aumento do número de estações com fluoretação.

O Brasil possui o segundo maior sistema de fluoretação de águas no abastecimento público do mundo. Este é um dos principais motivos para a crescente redução de cáries dentárias em crianças e adolescentes. Essa diminuição é uma importante conquista dos programas de saúde pública no Brasil, no entanto, preocupa que 34 milhões de brasileiros ainda não tenham acesso à água tratada, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

O **CFO** recomenda ao próximo Presidente da República que amplie o investimento em saneamento básico, estabelecendo novas metas de cobertura, mantendo o tratamento e a fluoretação das águas como um dos mais importantes pilares da Política Nacional de Saúde Bucal.

Essa ação também tem reflexos diretos na melhoria de outros indicadores de saúde pública, como a redução das 340 mil internações por problemas gastrointestinais registradas pelo SUS em 2013.

CONTEXTO

A Política Nacional de Saúde Bucal tem como eixos orientadores de promoção e proteção a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, as aplicações tópicas de flúor e a recuperação e reabilitação da saúde bucal.

Segundo pesquisas internacionais, a água fluoretada reduz em até 50% o risco de cárie.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal estabelecem que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Essa deve ser uma prioridade de governamental, garantindo-se os teores de flúor adequados aos termos da lei nº 6.050 e suas normas complementares.

Na Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, a fluoretação adicionada, que consiste em agregar íons de fluoreto em concentração adequada à água destinada ao abastecimento público, com o objetivo de prevenir a cárie dental, era realizada em 60,6% dos 5.551 municípios existentes no país.

As diferenças regionais são significativas, conforme tabela abaixo, e orientam para os locais onde os investimentos devem ser priorizados:

Região	Municípios	Municípios com fluoretação adicionada	Percentual com fluoretação
NORTE	449	45	10,02%
NORDESTE	1.793	576	32,12%
CENTRO-OESTE	466	254	54,50%
SUDESTE	1.668	1.433	85,91%
SUL	1.188	1.043	87,79%

De 2.000 a 2008, o Brasil ampliou em 36% o número de municípios com tratamento de flúor no abastecimento público de água, passando de 2.466 para 3.351 municípios.

Segundo a pesquisa “Saúde Bucal 2010”, em oito anos do Programa Brasil Sorridente, houve uma ampliação de cobertura de água tratada com flúor para mais 7 milhões de brasileiros. O programa também financiou a implantação de 600 sistemas de fluoretação de águas de abastecimento público.

A pesquisa Datafolha realizada para o **CFO** comprovou que os brasileiros estão conscientes da importância do flúor na prevenção da cárie, pois 51% dos entrevistados utilizam enxaguante bucal, e 38% no mínimo uma vez por dia.

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
VIABILIZAR A FIXAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS REGIÕES MENOS ASSISTIDAS	- Aumentar a quantidade de profissionais nas áreas menos assistidas. - Aumentar a frequência e a probabilidade de acesso ao atendimento odontológico. - Diminuir o tempo de deslocamento da população para atendimento odontológico. - Diminuir o risco de enfermidades associadas a problemas bucais.	- Implementar a carreira de estado de cirurgião-dentista por meio de repasses do SUS.	- Avanço trimestral na proposição, formulação e implantação do plano de cargos e salários.

Incluir o cirurgião-dentista no rol das carreiras típicas de Estado é um passo decisivo para consolidar os programas de saúde bucal no país.

Essa decisão estratégica dará o impulso necessário para que os profissionais da odontologia interiorizem e universalizem o atendimento, com a garantia do exercício pleno da atividade, inclusive contra eventuais decisões discricionárias do poder público.

É urgente acelerar a interiorização do atendimento odontológico, com padrões de qualidade e continuidade. Atingir esse objetivo somente será possível com a criação de uma carreira, de um Plano de Cargos e Salários, com a destinação de recursos do SUS para a contratação de cirurgiões-dentistas para atuação em regiões desassistidas.

Junto com médicos e enfermeiros, os cirurgiões-dentistas estão incluídos na Estratégia de Saúde da Família. Já existe uma série de incentivos diretos do governo federal e o reconhecimento da importância da Odontologia para a saúde familiar.

O Brasil possui um número suficiente de profissionais, mas eles continuam mal distribuídos dentro do território, pois, por falta de uma carreira pública, optam por permanecer nos grandes centros e nas regiões mais desenvolvidas, atuando na rede privada, por conforto e maiores oportunidades de ampliação dos rendimentos.

As ações do Programa Brasil Sorridente incluem incentivos de financiamento de ações e a inserção de profissionais da Odontologia no Programa de Saúde da Família. O acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados, e a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população, têm sido incrementados.

Falta, no entanto, o principal. Levar o cirurgião-dentista para todas as regiões do país, dentro dos padrões mínimos exigidos pela OMS.

Essa proposição está perfeitamente alinhada com o atual modelo de saúde do país, consagrado pela Constituição cidadã de 1988, que pressupõe o fortalecimento das carreiras voltadas à formulação, ao controle e à avaliação das políticas públicas.

Com a efetiva valorização do cirurgião-dentista, dando-lhe estabilidade e remuneração compatível, na forma de uma carreira de Estado, certamente o Brasil alcançará a tão desejada universalização do atendimento odontológico.

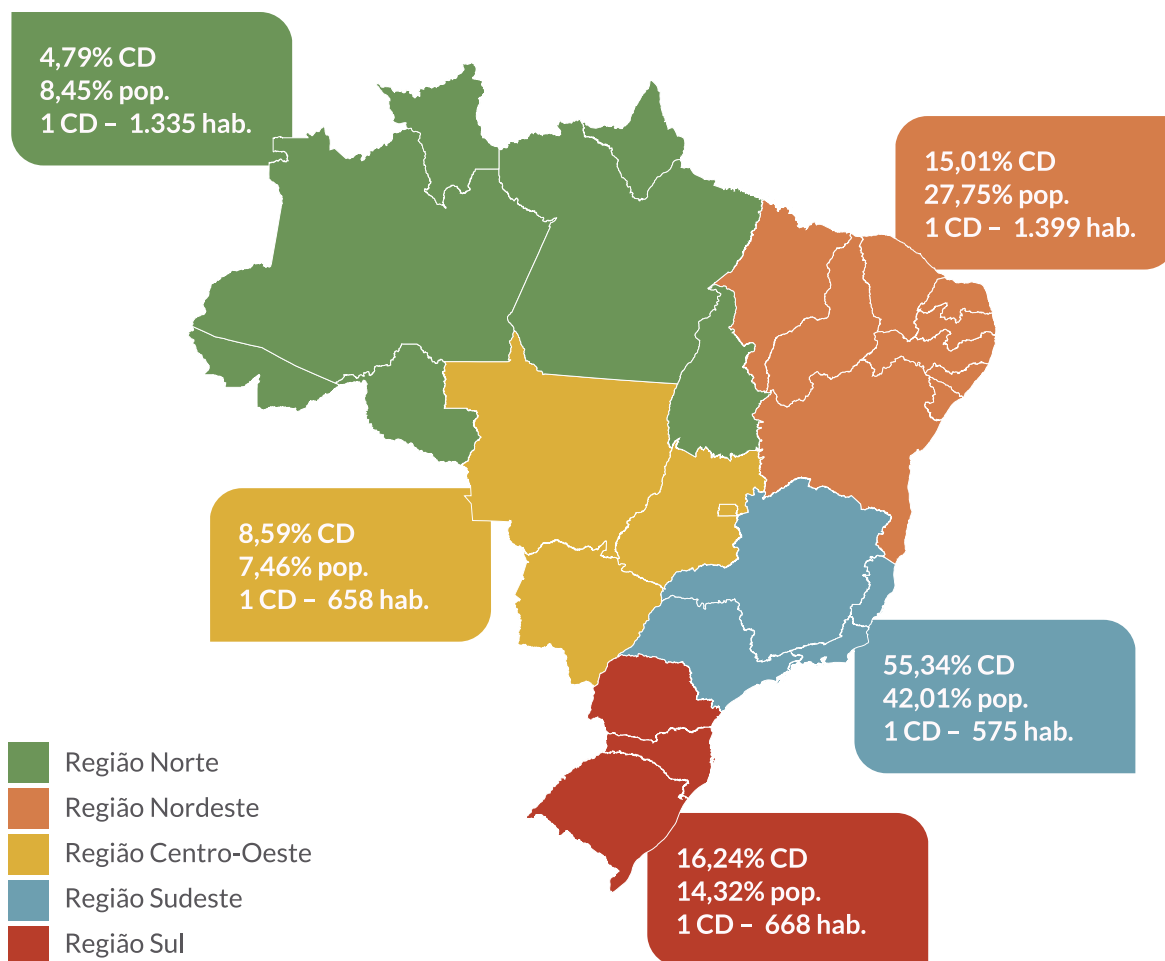
CONTEXTO

A OMS recomenda, como padrão mínimo de atendimento, um cirurgião-dentista para cada 1.500 habitantes. O Brasil, de acordo com os registros do **CFO**, possui 265 mil profissionais dentistas registrados. Com uma população de 202.873.544 pessoas em julho de 2014, a média brasileira é de um dentista para cada 765,6 habitantes.

Incluindo os demais trabalhadores associados à Odontologia, tais como técnicos em prótese dentária e técnicos em saúde bucal, bem como os seus auxiliares, o contingente profissional do setor alcança 415 mil envolvidos diretamente no atendimento à população.

A distribuição desses profissionais sempre foi desequilibrada. Um pequeno número de cidades ostenta uma média altíssima, enquanto a maioria recebe um atendimento odontológico abaixo dos padrões mínimos recomendados.

As diferenças regionais são o grande gargalo para a universalização dos programas de saúde bucal, como pode ser comprovado no mapa a seguir, que mostra a relação entre o número de cirurgiões-dentistas e a população das regiões brasileiras.



CD - cirurgião-dentista | Pop. - população | Hab. - habitantes
Fonte: IBGE 2014 / CFO 2014

Essa má distribuição não resulta apenas em falta de atendimento. É recorrente a interrupção de tratamentos iniciados em função da distância, da oferta restrita de horários e mesmo da inexistência de especialidades para um tratamento secundário. Esse quadro faz com que a busca de tratamento por parte do paciente ocorra em casos de urgência, o que torna impossível, em muitos casos, evitar a perda de dentição. A falta de cobertura também cria um ambiente propício ao desenvolvimento de enfermidades mais graves associadas a problemas bucais.

Para que todos os estados do país atinjam o padrão mínimo recomendado pela OMS, é necessário realocar profissionais que atuam nas grandes cidades para as regiões mais desassistidas. A alternativa é criar mecanismos que atraiam jovens formados para atuarem no interior do Brasil.

Segundo pesquisa Datafolha realizada pelo **CFO**, em maio de 2014, 2% da população acima de 16 anos de idade nunca havia ido ao dentista. É um contingente de 3 milhões de pessoas espalhadas em todo o Brasil ainda sem atendimento.

As distorções de distribuição estão espelhadas nos levantamentos realizados pelo IBGE, como as “Estatísticas da Saúde – Assistência Médico Sanitária”, produzidas em 2009, quando foi feita a contagem do número de odontólogos a serviço de estabelecimentos de saúde (incluindo posto de saúde; centro de saúde; clínica ou posto de assistência médica; pronto-socorro; unidade mista; hospital (inclusive de corporações militares); unidade de complementação diagnóstica e/ou terapêutica; clínica odontológica; clínica radiológica; clínica de reabilitação).

O levantamento mostrou que havia apenas 2.733 cirurgiões-dentistas em estabelecimentos federais, 4.911 em estabelecimentos estaduais e 51.957 empregados em estabelecimentos municipais. O município é o grande empregador do cirurgião-dentista, tanto nas Equipes de Saúde Bucal, quanto em programas próprios de assistência odontológica pública e gratuita, dentro do Programa de Saúde da Família.

Esse quadro não será solucionado sem que exista uma intervenção do governo federal, que é quem determina as políticas nacionais de saúde. A Pnad (2008) apontou que 40,2% dos brasileiros fizeram uma consulta odontológica, com ou sem tratamento, no período de um ano, no entanto, a distância é enorme entre o Paraná, com índice de 48,1%, e Alagoas, com cobertura de apenas 26,3% da população. Da mesma forma, é preciso reduzir a diferença de atendimento entre o Sudeste, com um cirurgião-dentista para pouco mais de 500 habitantes, em relação ao Nordeste, que tem um profissional para 1.400 habitantes.

Se o país tem como uma das diretrizes principais da Política Nacional de Saúde aumentar a cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, avançando da atenção primária para o atendimento de especialidades, o caminho é, sem dúvida, a criação de uma carreira de Estado para o cirurgião-dentista.

PESQUISA DATAFOLHA: PERCEPÇÃO DOS BRASILEIROS QUANTO AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- A maioria dos entrevistados avalia positivamente a última experiência que teve no dentista. A nota média para facilidade de marcar consulta ficou em 8,3; para o atendimento do dentista e para a higiene e organização do consultório, a nota ficou em 9,0 (cada um).
- 81% dos entrevistados reconhecem que, na cidade onde moram, há atendimento odontológico público, e 95%, o atendimento particular. Entre os moradores de cidades com mais

de 500 mil habitantes e entre os moradores de Regiões Metropolitanas, respectivamente, 13% e 18% declararam que não há na cidade atendimento odontológico público.

- Um terço dos entrevistados (35%) declarou que, na cidade onde mora, há atendimento odontológico gratuito em universidades, igrejas ou instituições, 40% que não há (alcança 47% entre os moradores do interior e 45%, entre os mais pobres) e 25% não souberam dizer. Entre os moradores de municípios com mais de 200 a 500 mil habitantes e com mais de 500 mil, a taxa dos que afirmaram haver esse tipo de atendimento chega, respectivamente, a 44% e 52%. Entre os mais instruídos, essa taxa também fica acima da média, 46%.
- Com relação ao atendimento público odontológico, a maioria dos brasileiros tem uma visão negativa. Dois terços (66%) discordam da afirmação “é fácil conseguir atendimento público em situações de emergência” (ante 26% que concordam), 62% discordam da afirmação “na cidade onde eu moro, há várias opções de atendimento odontológico público” (ante 29% que concordam) e 68% discordam de “é fácil conseguir atendimento odontológico público para fazer tratamento” (ante 25% que concordam).
- O tipo de serviço utilizado na última visita ao dentista influenciou nas opiniões dos entrevistados. Os usuários do serviço público apresentaram taxas de discordância menores (respectivamente, 56%, 51% e 57%) do que os que usaram o serviço particular (respectivamente, 70%, 67% e 72%), mais críticos ao atendimento público.
- Outros segmentos que se destacaram por discordar das frases foram: os que têm atualmente algum problema bucal (a taxa de discordância para cada uma das frases foi, respectivamente 72%, 71% e 75%) e os moradores de municípios com mais de 500 mil habitantes.
- Cinquenta e dois por cento (52%) consideram fácil o acesso ao dentista; desses, 25% declararam ser muito fácil e 27% um pouco fácil. Já, para 46%, é difícil o acesso ao profissional; desses, 26% consideram muito difícil e 20% um pouco difícil. Tem muita dificuldade ao atendimento, principalmente, os moradores das regiões metropolitanas (32%) e os que não costumam ir regularmente ao dentista (34%).
- Na análise das variáveis socioeconômicas, observa-se que, quanto maior for a renda familiar mensal e a escolaridade do entrevistado, cresce a facilidade ao acesso ao dentista.
- Entre os mais ricos, 53% consideram muito fácil o acesso (ante 20% entre os mais pobres), entre os mais escolarizados, 40% (ante 18% entre os menos instruídos), entre a classe A/B, 34% (contra 14% entre os que pertencem às classes D/E) e entre os que possuem plano odontológico, 34% (ante 23% entre os que não têm plano odontológico).
- Trinta e sete por cento (37%) declararam que foram pela última vez ao dentista durante este ano, 38% declararam ter ido no ano passado, 6% há dois anos, 4% há três anos e 5%, há cinco ou mais anos (entre os mais velhos e entre a classe D/E o índice chega, respectivamente, a

- 12% e 10%). Dez por cento (10%) não lembram quando foi a última visita ao dentista.
- Dos que visitaram pela última vez o dentista ainda em 2014, destacam-se os segmentos: classe A/B (45%), os mais jovens (48%), os mais escolarizados (50%), os que possuem plano odontológico (51%) e os que estão atualmente fazendo algum tratamento (72%).
 - Na última visita ao dentista, 70% declararam que utilizaram o serviço particular, 28% utilizaram o serviço público e 2%, o serviço gratuito de alguma universidade. Há diferenças de opinião significativas entre as variáveis sociodemográficas, sobretudo de renda, de escolaridade, de posse de plano odontológico, do porte do município e da natureza do município do entrevistado.
 - A taxa de usuários do serviço público é mais alta entre os que não possuem plano odontológico (34%), entre os não PEA (35%), entre os moradores da Região Nordeste e do interior (35%, cada um), entre os que não costumam ir regularmente ao dentista (37%), entre os moradores de municípios com até 50 mil habitantes (40%), entre os menos escolarizados (41%), entre os mais humildes (41%) e entre a classe D/E (50%).
 - Já a taxa de usuários do serviço particular é mais alta entre os que possuem escolaridade média e superior (respectivamente, 76% e 88%), entre os moradores da Região Sudeste, de capitais e de municípios com mais de 500 mil habitantes (respectivamente, 77%, 81% e 82%), entre a classe A/B (85%), entre os que possuem renda familiar mensal de mais de cinco a dez salários mínimos e mais de dez salários mínimos (respectivamente, 91% e 93%), e entre os que possuem plano odontológico (93%).

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
UNIVERSALIZAR A COBERTURA DAS ESBs, CEOs E DOS LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA.	- Aumentar o número de ESBs, CEOs e LPDs em regiões carentes. - Aumentar os recursos financeiros para capacitação e contratação de profissionais.	- Abrir novas escolas de formação. - Equilibrar a oferta nas diversas regiões do país.	- Redução anual das diferenças percentuais na relação escolas/ população entre as regiões.

Lançado em março de 2004, o Programa Brasil Sorridente, que sintetiza a Política Nacional de Saúde Bucal, já beneficiou quase 80 milhões de brasileiros nos seus 10 anos de existência, sendo considerado o maior programa de saúde bucal do mundo.

O número de equipes trabalhando no Brasil Sorridente aumentou 543% desde 2002. O SUS emprega 30% dos cirurgiões-dentistas do país, o que equivale a cerca de 64.000 profissionais de nível superior. A formação de profissionais de nível médio não acompanhou o significativo incremento das políticas públicas.

Há grande carência de profissionais, especialmente nas regiões menos assistidas, como o Norte e o Nordeste. Abrir novas escolas nessas regiões é fator de sucesso para que o programa possa continuar crescendo. Convidamos o próximo Presidente da República a refletir sobre uma questão: a ampliação da cobertura de saúde bucal no país não depende mais só de recursos financeiros para prédios e equipamentos. Na mesma medida, é importante qualificar e valorizar os profissionais para que tenham motivação e incentivo para atuar no interior do Brasil.

CONTEXTO

Em 2004, foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor.

Por meio dela, o ministério assumiu a responsabilidade constitucional de planejar e organizar os recursos humanos para a área de saúde, articulando as políticas e os programas com a formação dos profissionais de saúde necessários para atender às ações e serviços realizados no âmbito do SUS.

No final de 2009, foram promulgadas as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps).

O Profaps aproveita uma rede de 319 escolas técnicas de saúde, públicas e privadas já existentes no país e que operou com sucesso, desde 2002, a formação técnica na área de enfermagem. A execução técnica-pedagógica dos cursos de formação de trabalhadores, prioritariamente, está a cargo das escolas técnicas do SUS, escolas de saúde pública e centros formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde.

O objetivo do Profaps é qualificar e/ou habilitar 745.435 trabalhadores em cursos de educação profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, em oito anos.

A oferta de cursos deverá ser feita em regiões, como o Norte e o Nordeste, onde as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores. Os cursos cobertos na área odontológica são: Técnico em Higiene Bucal (THD), Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Prótese Dentária.

Para que essa meta seja alcançada, é fundamental uma mobilização e articulação de vários segmentos públicos e privados, tais como escolas técnicas, instituições de ensino superior, conselhos profissionais, serviços de saúde e, principalmente, dos gestores estaduais e municipais do SUS.

Em agosto de 2014, o Conselho Federal de Odontologia registrava, em atividade no país, 21.294 técnicos em prótese dentária e 5.159 auxiliares, para um total de 1.836 Laboratórios de Próteses Dentárias. O número de técnicos em saúde bucal alcança 18.688 e 103.543 auxiliares.

Persiste, a exemplo da distribuição dos cirurgiões-dentistas, uma concentração de profissionais no Sul e no Sudeste, deixando descobertas as áreas mais carentes do país.

Analisando os registros existentes no **CFO**, constatamos que 73% dos técnicos em prótese dentária estão atuando em cinco estados do Sul e do Sudeste. Estes mesmos estados também concentram 68% dos laboratórios de prótese e 51% dos técnicos em saúde bucal.

Por isso, para além dos recursos financeiros, que são essenciais, é importante destiná-los às regiões mais carentes. O **CFO** é, sem dúvida, o grande parceiro para oferecer uma radiografia exata de onde alocar melhor o investimento na formação profissional.

DISTRIBUIÇÃO DOS TÉCNICOS E AUXILIARES POR ESTADO — JULHO 2014

CRO	TPD*	TSB**	ASB***	APD****
AP	17	237	401	28
AC	23	98	579	72
RR	13	139	678	11
RO	72	153	230	75
TO	146	146	534	1
SE	84	45	1.297	47
PI	80	572	1.107	30
AL	116	133	1.498	134
MA	135	216	1.152	30
RN	136	374	1.475	66
MT	230	412	1.242	45
AM	203	780	1.779	31
MS	310	238	1.707	123
PB	254	346	2.818	79
PA	191	448	1.984	123
ES	298	198	3.030	114
CE	267	734	3.682	318
DF	420	808	2.186	112
PE	349	409	5.374	167
GO	938	806	4.519	200
SC	906	1.119	2.645	394
BA	700	674	5.399	46
RS	1.766	961	5.977	113
PR	1.243	1.514	6.042	301
MG	2.424	3.071	9.481	452
RJ	2.733	1.710	17.922	1.038
SP	7.191	2.170	18.263	987
TOTAL	21.245	18.511	103.001	5.137

Nota

*TPO - técnico em prótese dentária

**TSB - técnico em saúde bucal

***ASB - auxiliar em saúde bucal

****APD - auxiliar em prótese dentária

Para avaliar as necessidades de técnicos na área da Odontologia, é importante lembrar que uma ESB Modalidade I é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal. Já as ESB Modalidades II e III empregam, além do cirurgião-dentista e do auxiliar, um técnico em saúde bucal.

No final de 2013, havia 21.016 ESB Modalidade I e 2.134 ESB Modalidade II implantada no país. O Programa Brasil Sorridente ocupava, no mínimo, 11,5% dos técnicos e 22,9% dos auxiliares em Saúde Bucal.

Atualmente, existem 1.000 CEOs em funcionamento em 866 municípios, e outros 250 estão em construção. É uma garantia de demanda para novos profissionais de nível médio, especialmente na área de prótese dentária.

Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que analisou as ocupações de nível técnico que mais geraram empregos entre 2009 e 2012 constatou que aquelas ligadas à Saúde geraram quase 100 mil novos postos de trabalho em três anos. A segunda colocada, na área da eletroeletrônica, abriu pouco mais de 40 mil novas vagas.

Os recursos financeiros começam a ser alocados para a formação profissional. Em final de 2011, foram definidas as primeiras verbas do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, chegando, à época, ao montante de R\$ 85 milhões.

Além disso, em 2012, o ministério repassou R\$ 6 milhões às secretarias estaduais de Saúde para capacitar profissionais na área de prótese dentária, destinados a formar 2 mil novos técnicos em prótese dentária em todo o país, representando um incremento de 10% em relação ao número de profissionais em atividade.

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
AUMENTAR O ACESSO À PROMOÇÃO E À ASSISTÊNCIA	- Aumentar o número de ESBs na atenção básica em todos os municípios.	- Aumentar o financiamento das equipes da estratégia de Saúde da Família.	- Incremento anual da dotação orçamentária para financiamento de ESBs.

A partir de 2004, com a criação do Programa Brasil Sorridente, houve uma forte expansão dos investimentos em saúde bucal por parte do Ministério da Saúde. Em 2002, os investimentos foram de R\$ 56, 5 milhões. Em 2006, já alcançavam R\$ 545 milhões anuais. Em 2013, os recursos chegaram a R\$ 1,28 bilhão no exercício. O montante, no último ano, representou 1,6% da dotação orçamentária do Ministério da Saúde.

Atualmente, o programa beneficia 79,6 milhões de brasileiros. São 23.175 ESB com cobertura em 4.971 municípios (89% dos municípios).

Mantido esse ritmo, ao final de 2018, todos os municípios do país estarão atendidos pelos programas de saúde bucal, tendo por meta beneficiar 100 milhões de brasileiros nos próximos quatro anos.

CONTEXTO

Ao analisar as políticas públicas de saúde bucal, percebe-se uma constante expansão do atendimento.

Em 2004, após ampla discussão e proposições geradas nas últimas décadas, convergentes com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e de Saúde Bucal (CNSB), que se somam às experiências de programas na área desenvolvidos pelos municípios, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram apresentadas como documento norteador para a organização da atenção à saúde bucal no sistema único de saúde e denominadas Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

A Política Nacional de Saúde Bucal propôs a reorganização da atenção básica e a criação de mecanismos de ampliação do acesso de forma universal e integral por meio de ações coletivas e individuais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde bucal no SUS.

Entre as principais frentes planejadas pela política, estavam: Equipes de Saúde Bucal implantadas nas Equipes de Saúde da Família, criação de Centros de Especialidades Odontológicas, habilitação/credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e incentivo à implantação de sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público.

A ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, aliado às ações intersetoriais com destaque à fluoretação das águas de abastecimento público, colaborou e continua colaborando para que haja a democratização do cuidado em saúde bucal, o rompimento do ciclo intergeracional dos desdentados e principalmente o resgate da cidadania da população brasileira, com respeito ao que é determinado pela Constituição de 1988.

O número de Equipes de Saúde Bucal ativas aumentou 445% de 2002 a 2013, passando de 4.261 para 23.175 ESBs implantadas. Destas, 993 ESBs estão habilitadas a receberem acréscimo de 50% do recurso de custeio para atenderem a residentes em assentamentos e remanescentes de quilombos. O investimento em 2013, foi de R\$749,5 milhões em implantação e manutenção das equipes de saúde bucal.

Já estão em funcionamento 1.000 CEOs e outros 205 CEOs estão em fase de construção. Em 2013, foram investidos R\$185,2 milhões nessa ação.

Nesses centros, são oferecidos serviços especializados, como diagnósticos, cirurgias, tratamentos endodôntico (canal), além da possibilidade de agregar procedimentos de ortodontia e implantes. Em 2013, foram realizados 16,2 milhões de procedimentos especializados.

A partir de 2012, os CEOs passaram a fazer parte da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD). Esta, segundo o MS, tem como objetivo primordial a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Essa rede busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais.

No âmbito da saúde bucal, a RCPD se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. O governo federal também apoia financeiramente os CEOs que aderirem a essa rede. Todo atendimento deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem requisitos especiais de atendimento.

Os CEOs aderidos à RCPD passam a ofertar entre outros quesitos:

- Profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.
- 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência.

Atualmente 425 CEOs recebem recursos do governo federal para essa finalidade. Em 2012, foram investidos R\$1,7 milhão e em 2013 R\$11,8 milhões. Em 2014, mais 100 CEO, passarão a fazer parte da RCPD.

Em 2013, foi lançado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade para os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que busca aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal no sentido de oferecer serviços especializados em saúde bucal que assegurem maior acesso e qualidade à população.

A fase de adesão ao PMAQ-CEO foi realizada no ano de 2013. Com a adesão e formalização contratual, os CEOs passaram a receber 20% do incentivo do programa e R\$14,4 milhões foram investidos em 2013. Os investimentos no PMAQ-CEO chegarão a R\$24,5 milhões em 2014.

A partir de 2010, tornou-se possível o atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar, e hoje já são 81 hospitais públicos que ofertam esses serviços e que receberam equipamentos do MS para apoiar essas modalidades de atendimento.

Até março de 2014, foram realizados mais de 22.658 atendimentos odontológicos em pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar.

Até 2003, três de cada quatro idosos não possuíam nenhum dente funcional. Destes, mais de 36% não tinham próteses totais.

A partir de 2004, condizente com a Política Nacional de Saúde Bucal, o MS passou a credenciar municípios e implantar os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e o quadro se alterou com a ampliação da oferta de próteses dentárias pelo SUS. Em 2013, foram produzidas 471 mil próteses em todo o país.

Com isso, o Brasil chegou a 1.465 municípios habilitados com LRPD e os investimentos superaram R\$148 milhões de reais em 2013. Para 2014, a meta é ofertar 500 mil próteses.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010 analisou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto no âmbito nacional, quanto no âmbito estadual e municipal.

Entre os resultados da pesquisa, o Brasil passou a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos de idade segundo critérios da OMS, ao reduzir o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010. Hoje, 44% das crianças aos 12 anos de idade estão livres de cárie.

Nesse período, o número de adolescentes e adultos que sofreram algum tipo de perda dentária foi reduzido em 50%.

Nos últimos dez anos, mais de 8.000 consultórios odontológicos foram entregues, sendo 1.675 no ano de 2013. Esses consultórios compreendem: uma cadeira odontológica, um equipamento odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho.

Além desses consultórios, mais de 10.000 equipamentos periféricos foram entregues com o objetivo de qualificar a atenção básica e especializada em saúde bucal, além de contribuir para a qualificação da indústria nacional e gerar diversos empregos diretos e indiretos.

Destaca-se também a compra e entrega de 185 UOM (Unidade Odontológica Móvel) responsáveis pelo apoio ao atendimento em saúde bucal de municípios pertencentes ao Programa Territórios da Cidadania, Brasil Sem Miséria e áreas indígenas.

As Pnad realizadas pelo IBGE nos anos de 2003 e 2008 comprovam os avanços no acesso da população brasileira ao cirurgião-dentista, principalmente entre as pessoas de menor renda – o acesso foi ampliado em 32% da população com renda de até 1 salário mínimo.

A Pnad-2003 havia demonstrado que cerca de 27,9 milhões de pessoas nunca haviam ido ao dentista. Já a Pnad-2008 demonstrou uma ampliação do acesso em 36,4%, reduzindo o percentual daqueles que nunca haviam ido ao “dentista” para 11,6% da população brasileira.

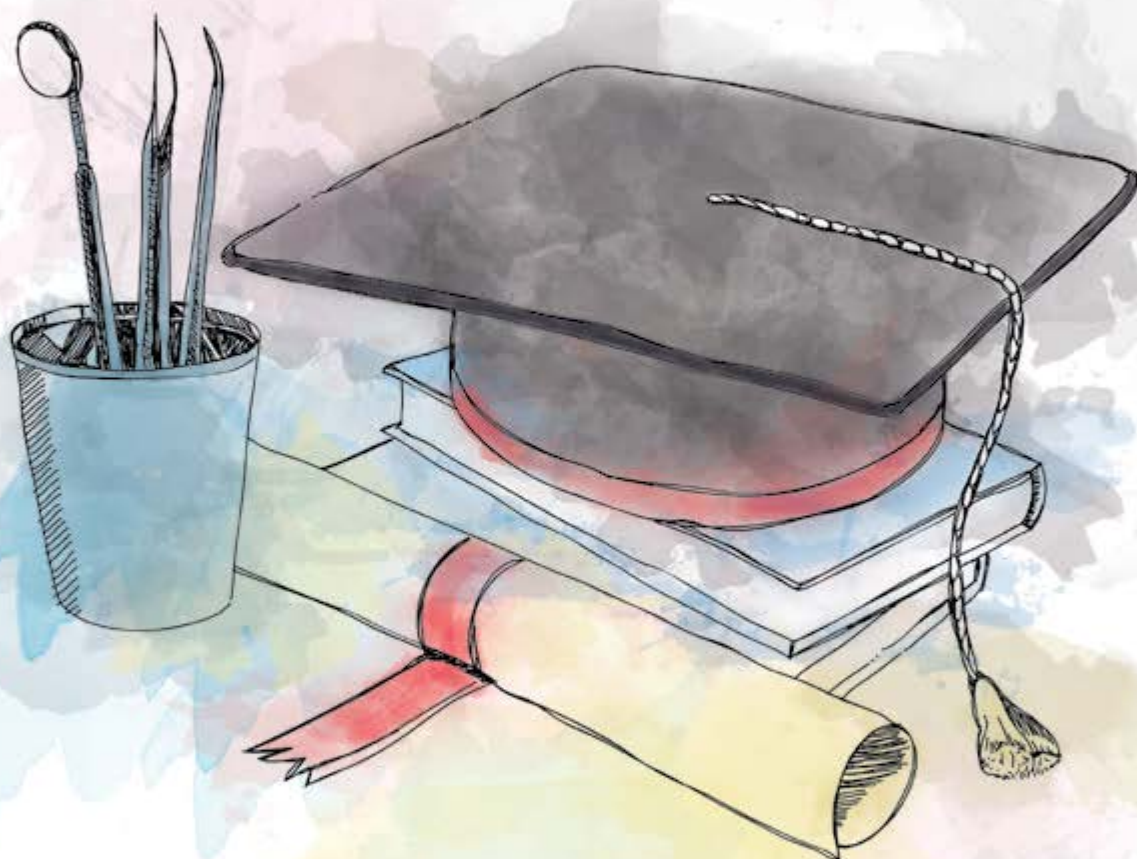
A pesquisa Datafolha, realizada pelo **CFO**, com brasileiros acima dos 16 anos de idade, demonstrou que apenas 2% dos brasileiros nunca foram ao dentista. Sem dúvida alguma, uma prova da eficiência desse programa de governo, que deve ser ampliado e valorizado pelos seus excepcionais resultados.

Esta é a demanda da classe odontológica, que possui profissionais em número suficiente para suportar a expansão do atendimento, se forem tomadas medidas que permitam a efetiva interiorização, com ampliação de recursos e valorização dos trabalhadores da Odontologia. Com a criação de uma carreira de Estado, certamente, esse número poderá ser ampliado onde é mais necessário: o interior do Brasil.



FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O que esperamos do próximo presidente





Políticas
públicas

Comunicação

Atendimento
à população

Formação profissional

Valorização da categoria

A formação dos profissionais de saúde deve estar cada vez mais próxima do cuidado integral, que constitui a base da filosofia do SUS. É imperativo promover a articulação entre o sistema de saúde, suas áreas de gestão e as instituições de ensino, incentivando a aprendizagem baseada na Atenção Básica em Saúde (ABS). Inserir o estudante de odontologia em atividades práticas, tanto para o seu desenvolvimento técnico quanto para vivenciar a realidade da saúde no país, é indispensável para que ele entenda a importância da aplicação de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva, especialmente no que se refere à saúde bucal.

O QUE ESPERAMOS DO PRÓXIMO PRESIDENTE
QUANTO À FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
MELHORAR A QUALIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	- Aumentar a criação de cursos técnicos com bolsa para estudantes carentes. - Aumentar a qualificação dos professores universitários. - Aumentar a capacidade instalada das IESs públicas e privadas.	- Fazer avaliação continuada dos cursos de graduação com ênfase na formação. - Condicionar os financiamentos das IES à nota obtida pelos cursos atuais. - Regulamentar a residência odontológica.	- Modificação dos critérios de avaliação, com ênfase nos aspectos de formação. - Avaliação anual dos cursos superiores de odontologia. - Proposição, aprovação e implantação de nova política de financiamento de IES. - Proposição, aprovação e implantação de projeto de lei para regulamentar a residência odontológica.

O Brasil é o país com o maior número de cirurgiões-dentistas. Em 2009, a World Dental Federation publicou o “Atlas Global da Saúde Bucal”, constatando a existência de 219.575 profissionais em atividade, 19% do contingente profissional do mundo.

Agora, em 2014, esse número saltou para 265 mil cirurgiões-dentistas registrados no **CFO**. Um aumento de 21% em cinco anos.

Essa expansão do número de profissionais formados deve-se a uma proliferação de instituições de ensino, oferecendo cursos de Odontologia. Em 2013, eram 212 faculdades e universidades formando uma média de 10 mil novos cirurgiões-dentistas por ano.

A massificação impulsionada por financiamento fácil, programas de bolsas de estudo e cotas

sociais, bem como por menor rigidez nas avaliações oficiais, tanto nos processos seletivos de ingresso, quanto nos processos de avaliação de curso, tem comprometido a qualidade do profissional formado.

Além disso, há uma forte concentração de vagas no Sul e no Sudeste, onde a população já dispõe de um atendimento muito acima das melhores médias do mundo.

O **CFO** propõe que o novo Presidente da República incentive uma atuação conjunta entre o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Federal de Educação para desenvolver um novo modelo de análise para a criação de cursos, privilegiando regiões desassistidas, além de um novo padrão de avaliação, pelos quais somente os cursos bem ranqueados venham a receber financiamento, programas de bolsas e outros incentivos.

CONTEXTO

O Censo do Ensino Superior, publicado em 2012 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do Ministério da Educação (MEC), registra 209 cursos superiores de Odontologia em todo o país. Destes, apenas 25% são públicos e gratuitos.

No total, foram oferecidas cerca de 20 mil vagas, disputadas por mais de 100 mil candidatos, em uma relação candidato-vaga de cinco por um, no entanto, apenas 80% dos candidatos aprovados nos processos seletivos de ingresso efetivaram matrícula. Sobraram mais de 4 mil vagas naquele ano – uma taxa de ociosidade de 20%.

Esse é apenas um dos dados que comprova uma oferta maior do que a demanda, especialmente no Sul e no Sudeste. As vagas não preenchidas estão concentradas, de forma acentuada, em instituições de ensino superior privadas, devido ao alto custo das mensalidades, dos materiais e dos equipamentos necessários à formação prática do cirurgião-dentista. Por isso, a evasão é maior nas instituições privadas.

Nos 52 cursos públicos, tivemos 18.242 matrículas em 2012. Uma média de 351 alunos por curso. Se considerarmos a duração do curso em nove semestres, as turmas possuíam cerca de 40 alunos, uma ocupação plena. Já os 157 cursos privados registraram, naquele mesmo ano, a matrícula de 45.348 alunos. Uma média de 289 alunos por curso, com turmas de 32 alunos.

No quadro a seguir, já com números de 2013, constata-se o desequilíbrio na oferta de vagas entre as regiões do país.

ESTADO	Nº DE FACUDADES	DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA			
		FED*	EST**	MUN***	PAR****
Acre	1	–	–	–	1
Alagoas	3	1	–	–	2
Amapá	2	–	–	–	2
Amazonas	7	1	1	–	5
Bahia	10	1	2	–	7
Ceará	4	1	–	–	3
Distrito Federal	5	1	–	–	4
Espírito Santo	4	1	–	–	3
Goiás	4	1	–	–	3
Maranhão	4	1	–	–	3
Mato Grosso	4	–	–	–	4
Mato Grosso do Sul	3	1	–	–	2
Minas Gerais	24	5	1	–	18
Pará	3	1	–	–	2
Paraíba	5	2	1	–	2
Paraná	14	1	4	–	9
Pernambuco	7	1	1	–	5
Piauí	4	1	1	–	2
Rio Grande do Norte	3	1	1	–	1
Rio Grande do Sul	14	3	–	–	11
Rio de Janeiro	20	2	1	–	17
Rondônia	3	–	–	–	3
Roraima	1	–	–	–	1
Santa Catarina	10	1	–	2	7
São Paulo	47	–	6	5	36
Sergipe	2	1	–	–	1
Tocantins	4	–	–	1	3
TOTAL	212	28	19	8	157

Nota:
FED* – Federal
EST** – Estadual
MUN*** – Municipal
PAR**** – Particular

As avaliações do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), realizadas com ingressantes e concluintes dos cursos de Odontologia, evidenciam as diferenças de qualidade existentes entre os cursos oferecidos pelas universidades públicas e pelas universidades privadas.

Em 2010, o Enade classificou apenas nove cursos com a nota máxima 5.

Outros 46 obtiveram nota 4, 6 e os restantes 43 cursos avaliados receberam notas 2 e 1, ficando sob observação do MEC, sujeitos à intervenção com redução de vagas e, em medida extrema, o fechamento.

Em uma escala simplificada, dos 170 cursos avaliados, 30% foram considerados ótimos e bons, 40% regulares e 30% péssimos e ruins.

Já no *Ranking* Universitário 2013, publicado pela Folha de São Paulo, os 10 melhores cursos de Odontologia do Brasil eram oferecidos por universidades federais. Entre os 20 primeiros colocados, 17 eram públicos e gratuitos.

Há, sem dúvida, uma necessidade premente de melhor controle da qualidade das instituições e dos alunos formados.

O **CFO** entende que novos cursos sejam autorizados apenas se cumprirem determinados requisitos. O primeiro deles é a localização em regiões onde exista falta de profissionais. Nesse momento, novos cursos só seriam autorizados para o Norte e o Nordeste. A abertura em outras regiões seria permitida apenas em casos especiais, quando o projeto garantisse um alto grau de inovação. Por fim, as bolsas e os financiamentos seriam direcionadas para instituições de ensino localizadas em regiões desassistidas ou para aquelas que alcançassem nota 4 ou 5 no Enade.

Outra demanda do **CFO** é a regulamentação da residência odontológica com objetivo de complementar a formação do cirurgião-dentista e de ser uma porta de entrada para o mercado de trabalho.

Atualmente, existem apenas 65 programas de residência odontológica no país, voltados prioritariamente para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, em função de não haver legislação que incluía, como na classe médica, a obrigatoriedade dela na formação do dentista.

A residência odontológica pelo período de um ano, com remuneração compatível, garantiria ao cirurgião-dentista uma formação mais sólida, produzindo inestimável resultado social, na medida em que os ambulatórios e consultórios poderiam estar instalados junto a comunidades carentes necessitadas de assistência gratuita.

VALORIZAÇÃO DA CATEGORIA

O que esperamos do próximo presidente





A categoria profissional dos trabalhadores na Odontologia é composta pelo cirurgião-dentista, pelo técnico em saúde bucal, pelo técnico em prótese dentária, pelo auxiliar em saúde bucal e pelo auxiliar em prótese dentária.

O papel do **CFO** é legislar por meio de atos normativos, julgar processos éticos e centralizar as informações sobre cursos de especialização registrados e reconhecidos, bem como sobre os mais de 415 mil profissionais inscritos em todo o Brasil.

O **CFO** tem uma história de 50 anos em defesa da saúde pública, atuando em todo o país por meio dos Conselhos Regionais de Odontologia (CROs).

O QUE ESPERAMOS DO PRÓXIMO PRESIDENTE
PARA VALORIZAR A CATEGORIA

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
ASSEGURAR O CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA COMO ÓRGÃO REGULADOR DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	- Diminuir o risco de que a população não seja assistida quanto aos seus direitos. - Aumentar a frequência da fiscalização do exercício profissional.	- Preservar as atribuições do CFO no que diz respeito ao exercício profissional.	- Nenhuma agência reguladora com poderes superpostos ao CFO.

O Conselho Federal de Odontologia (**CFO**) e os 27 Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), criados pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, e, posteriormente, instituídos pelo Decreto nº 68.704, de 3 de junho de 1971, formam em seu conjunto uma autarquia.

Tanto o Conselho Federal de Odontologia quanto cada um dos Conselhos Regionais de Odontologia são dotados de personalidade jurídica de direito público com autonomia administrativa e financeira.

A principal finalidade dos Conselhos Federal e Regionais é a supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, zelando e trabalhando pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Além da função institucional, o **CFO** tem sido grande parceiro do MS na implantação das políticas públicas de saúde bucal, ampliando as suas funções de regulação, participando ativamente de conselhos, fóruns e iniciativas que conduzam o país à tão sonhada universalização da saúde pública.

Esperamos que o próximo Presidente da República fortaleça o papel institucional do Conselho, de proteção à sociedade, fazendo da interlocução com as categorias profissionais da Odontologia uma estratégia para a boa gestão dos recursos públicos aplicados na saúde bucal.

Desafio	Resultados esperados	Ações recomendadas	Indicadores
DESONERAÇÃO DA CARGA TRIBUTÁRIA SOBRE ATIVIDADES PROFISSIONAIS EM SAÚDE	- Diminuir o valor da alíquota tributária do Simples para o cirurgião-dentista.	- Incluir o cirurgião-dentista na Tabela IV do Simples Nacional (Supersimples) com alíquota de 4,5%.	- Aprovação da alíquota de 4,5% para os cirurgiões-dentistas.

É urgente a interiorização da Odontologia no Brasil. Uma das medidas mais eficazes para alcançar esse objetivo é a redução da carga tributária do cirurgião-dentista, incentivando o empreendedorismo entre os jovens formados.

Para isso, o **CFO** reivindica uma mudança na legislação que altere o regime de tributação, permitindo que clínicas odontológicas com faturamento anual até R\$180 mil contribuam com 4,5% de impostos. Que os cirurgiões-dentistas estejam enquadrados na mesma tabela de alíquotas dos advogados, dos corretores de imóveis e dos fisioterapeutas, conforme legislação recentemente aprovada pelo Congresso Nacional.

CONTEXTO

Criado em 2007, o Simples Nacional (ou Supersimples) é um regime tributário especial que reúne o pagamento de seis tributos federais, mais o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), cobrado por estados e pelo Distrito Federal, e o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), cobrado pelos municípios.

Em vez de pagar uma alíquota para cada tributo, o micro e pequeno empresário recolhem, em uma única guia, um percentual sobre o faturamento que é repassado para a União, os governos estaduais e as prefeituras. Atualmente, somente as empresas que faturam até R\$ 3,6 milhões por ano podem optar pelo Simples Nacional.

A odontologia, como um todo, não faz parte do rol de empresas que podem optar pelo Simples.

Anualmente, mais de 10 mil cirurgiões-dentistas ingressam no mercado e, logo no início da vida profissional, são penalizados com uma alta carga tributária. A mudança na legislação permitirá que os jovens profissionais possam instalar milhares de microempresas no interior do país, com maior segurança de renda, agilizando a necessária universalização do atendimento odontológico no país.

Além disso, estabelecendo-se como empresa, o cirurgião-dentista poderá buscar mais facilmente financiamento para instalar o primeiro consultório. Por isso, é desejável que, junto com a desoneração tributária, seja criada uma linha de empréstimos a juros subsidiados, por parte do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), focalizando a instalação de ambulatórios e clínicas em regiões ainda carentes de atendimento odontológico.

Existem 30 mil estabelecimentos prestadores de atendimento odontológico no Brasil, segundo registros do **CFO**. Com a redução da carga tributária, esse número poderá ser significativamente ampliado, já que existem 265 mil cirurgiões-dentistas no país, a grande maioria atuando como autônomos.

Com a formalização e a abertura de novas empresas, haverá um reflexo positivo em outras categorias da área odontológica, com geração de empregos para os 21 mil técnicos em prótese dentária, 18 mil técnicos em saúde bucal e cerca 103 mil auxiliares em saúde bucal e em prótese dentária.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE BUCAL

“O que não se mede não se gerencia” — Peter Drucker

O compromisso do Conselho Federal de Odontologia com as ações propostas aos candidatos à Presidência da República e os resultados que esperamos deles, bem como com nossa responsabilidade maior, que é representar a nossa categoria, nos motiva a ir além de apresentar propostas.

Monitorar de perto as ações, acompanhar o ritmo e o efeito produzido por elas e medir os resultados de sua implementação são partes integrantes do espírito deste documento.

Para tanto, o Conselho Federal de Odontologia está criando um Observatório para gerenciar as ações e resultados que estamos propondo, reportar periodicamente o seu andamento aos profissionais da Odontologia, identificar a necessidade de reforço e a correção de rumos e aculturar a imprensa – nossa ponte com a opinião pública –, nas pautas de interesse dos cidadãos, entre outras finalidades.

O Observatório nascerá a partir da definição de metas específicas para cada um dos indicadores que selecionamos, e terá como linha de base para aferição do avanço das nossas pautas a pesquisa que encomendamos ao Instituto Datafolha e os dados das fontes oficiais identificadas neste documento.

O marco zero do Observatório da Saúde Bucal será 1º de janeiro de 2015 – o dia da posse do próximo Presidente da República.



