



**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO AMBIENTAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTAO AMBIENTAL**

CLÁUDIA AMORIM ARAÚJO REIS DE LACERDA

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE
BUCAL DO IDOSO PARA O ALCANCE DO ODS 3 EM PERNAMBUCO**

Recife, 2024

CLÁUDIA AMORIM ARAÚJO REIS DE LACERDA

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE
BUCAL DO IDOSO PARA O ALCANCE DO ODS 3 EM PERNAMBUCO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Ambiental, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão Ambiental do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco.

Prof. Dr. José Antônio Aleixo da Silva
Orientador

Profa. Dra. Marília Regina Costa Castro Lyra
Coorientadora

Recife, 2024

L131c Lacerda, Cláudia Amorim Araújo Reis de.
A contribuição do serviço de atenção especializada de saúde bucal do idoso para o alcance do ODS 3 em Pernambuco. / Cláudia Amorim Araújo Reis de Lacerda. – Recife, PE: A autora, 2024.
91 f. ; il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Aleixo da Silva.
Coorientadora Prof^a. Dr^a. Marília Regina Castro Costa Lyra.

Dissertação (Mestrado) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco - IFPE, Campus Recife, Coordenação de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Gestão Ambiental, 2024.

Inclui referências e Apêndices.

1. Saúde Bucal. 2. Saúde - Política. 3. Qualidade de Vida. 4. Agenda 2030. I. Silva, José Antônio Aleixo da. (Orientador). II. Lyra, Marília Regina Costa Castro. (Coorientadora). III. Título.

362.1 CDD (22 Ed.)

CLÁUDIA AMORIM ARAÚJO REIS DE LACERDA

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE
BUCAL DO IDOSO PARA O ALCANCE DO ODS 3 EM PERNAMBUCO**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão Ambiental do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco como parte integrante dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Ambiental.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Antônio Aleixo da Silva
Orientador - IFPE

Profa. Dra. Marília Regina Costa Castro Lyra
Coorientadora - IFPE

Profa. Dra. Sofia Suely Brandão Ferreira Rodrigues
Examinadora Interna - MPGA

Profa. Dra. Maria Aparecida Guilherme da Rocha
Examinadora Externa – ProfCiamb/UFPE

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro
Examinador Externo – PPGOdonto/UFPE

Recife, 2024.

APRESENTAÇÃO

A autora é graduada em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (UPE), em 1997, e pós-graduada em Saúde Pública pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), em 2005. Desde a graduação sempre trabalhou na área de saúde pública como cirurgiã dentista.

Em 2003, como cirurgiã dentista do município de Belo Jardim, elaborou o Projeto de implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) deste município, inicialmente com o piloto de três ESB. Como integrante de uma Equipe de Saúde da Família por 12 anos coordenou e participou de 9 conferências municipais de saúde além de várias oficinas e treinamentos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de atuar como “Dentista de Unidade Básica de Saúde (UBS)” nas comunidades, onde sempre vivenciou a íntima relação entre meio ambiente e saúde, presenciando os efeitos negativos na vida dos indivíduos e das comunidades que o descaso com a saúde pública causa no meio ambiente e na sociedade, mas também participando de diversas ações de compensação/recuperação do ambiente das comunidades que impactaram positivamente na saúde da comunidade.

Assumiu a Coordenação Municipal de Saúde Bucal do município de Belo Jardim em 2014, e em cargo da gestão, observou a necessidade de fortalecer a relação meio ambiente-saúde e o diálogo da Saúde Bucal com a Saúde Ambiental. Coordenou a participação do Centro de Especialidades Odontológicas de Belo Jardim (CEO Belo Jardim) no projeto do PORTAL CEO, um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas do Gest-Bucal, grupo de pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e por meio da aplicação de indicadores atualizados de gestão e ações corretivas orientadas pela academia, o CEO Belo Jardim chegou em 2015, a ser o mais bem avaliado do estado de Pernambuco.

No CEO Belo Jardim coordenou o Programa “Viver sem limites” que tratava de pacientes com necessidades especiais e da população idosa do município, com ações específicas e direcionadas a esse segmento importante da sociedade e, por vezes, negligenciado. Uma das ações do programa era a reabilitação protética dos pacientes e, ao fazer a escuta qualificada desse paciente, a relação “reabilitação e autoestima” era sempre atrelada à qualidade de vida e melhor relação com o ambiente e a sociedade. Deixando a coordenação municipal de saúde bucal em 2017, o programa era exitoso e tinha a cobertura de 68% da população idosa do município.

Continuou desenvolvendo estudos na área de Promoção da Saúde, tema de seu trabalho de conclusão de curso da especialização, bem como sobre a importância da equidade dos aspectos sociais, econômicos e ambientais para a saúde das populações, o que a impulsionou a ingressar no Mestrado Profissionalizante em Gestão Ambiental do Instituto Federal de Pernambuco, Campus Recife.

Ofereço e agradeço primeiro a **Deus** por ter me mantido na trilha certa durante este trabalho com saúde e forças para chegar até sua conclusão.

Dedico este trabalho aos meus pais,
Cláudio e Alaíde, por todo amor,
incentivo e inspiração.
Ao meu marido, **Joselino** e às minhas
filhas, **Maria Helena e Maria Alice**, por
serem meu alicerce e renovo diário.
À minha **família**, bênção de Deus, por toda
dedicação e carinho todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) pela oportunidade de ingressar em tão prestigiado programa de pós-graduação e por me proporcionar um ambiente acadêmico acolhedor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Antônio Aleixo da Silva, pela confiança e serenidade na condução desse trabalho. Todo o meu respeito e admiração.

A minha coorientadora, Profa. Dra. Marília Regina Costa Castro Lyra, pelo apoio, acolhimento, amizade, encorajamento e disponibilidade durante este trabalho. Todo o meu carinho e deferência.

À Profa. Dra. Sofia Suely Brandão Ferreira Rodrigues, à Profa. Dra. Maria Aparecida Guilherme da Rocha e ao Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro pelas valiosas recomendações enquanto banca examinadora.

A todos que fazem parte do Mestrado Profissional em Gestão Ambiental do IFPE, notadamente a coordenação, docentes, servidores, colaboradores e aos meus colegas de turma, pela convivência e amizade construída no decorrer dessa trajetória.

Ao mestre e amigo Dr. Paulo César de Oliveira, por ser inspiração como dentista “fora da caixa” e como gestor estadual de Saúde Bucal, extraindo em todas as ações o respeito ao paciente e sua qualidade de vida, além da cavidade oral.

À minha família, de modo muito especial. As palavras não podem expressar como sou grata a todos vocês. Suas orações e incentivo me deram forças para continuar e finalizar este trabalho. Também gostaria de agradecer a todos os meus amigos que me apoiaram e me incentivaram ao longo desse trabalho.

Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. (...)A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa.

Papa Francisco

RESUMO

O presente estudo teve como foco o impacto da atual Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente (PBS), sobre os serviços odontológicos prestados para a população idosa dos municípios do estado de Pernambuco, como contribuição para o alcance da meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS) previstos na Agenda 2030. Como metodologia, foi feita uma pesquisa exploratória descritiva com análise bibliográfica e de dados secundários de produção ambulatorial de saúde bucal no estado de Pernambuco. Foi investigada a evolução na disponibilidade de serviços realizados pela PBS, entre os anos de 2010 e 2019, e analisados os itens na Atenção Especializada: identificação dos municípios que possuem Serviço de reabilitação oral, por meio dos Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD), verificação da evolução da produção de próteses dentárias, além dos dados de instalação e reembasamento. De acordo com os resultados se observou evolução nos indicadores analisados, os quais foram distintos segundo o porte demográfico dos municípios. Conclui-se que a PBS favoreceu a organização dos serviços de saúde bucal nos municípios pernambucanos, embora ainda existam desafios a serem superados, já que o desempenho alcançado pelos serviços de saúde bucal ao idoso, no período do estudo, reflete o panorama atual de crescente implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 e apresenta alcance em todas as regiões do Estado, o que permitirá o desenvolvimento de ações e programas institucionais, bem como de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade do serviço de forma mais direcionada, e, conseqüentemente, contribuir para o alcance da meta 3.8 do ODS 3. Como produto técnico, foi elaborado Relatório Técnico, endereçado à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Coordenação Estadual de Saúde Bucal), indicando os resultados encontrados.

Palavras-chave: saúde bucal; avaliação em saúde; política de saúde; saúde do idoso; sustentabilidade; Agenda 2030; qualidade de vida.

ABSTRACT

This study focused on the impact of the current National Oral Health Policy, known as Programa Brasil Sorridente (PBS), on dental services provided to the elderly population in municipalities in the state of Pernambuco, as a contribution to achieving target 3.8 of the Sustainable Development Goals 3 (SDGs) set out in the 2030 Agenda. As a methodology, exploratory descriptive research was carried out with bibliographic analysis and secondary data on outpatient oral health production in the state of Pernambuco. The evolution in the availability of services provided by PBS was investigated between 2010 and 2019, and the items in Specialized Care were analyzed: identification of municipalities that have an Oral Rehabilitation Service, through Dental Prosthesis Laboratories (LRPD), verification of the evolution of the production of dental prostheses, in addition to installation and relining data. According to the results, an evolution was observed in the analyzed indicators, which were different according to the demographic size of the municipalities. It is concluded that the PBS favored the organization of oral health services in the municipalities of Pernambuco, although there are still challenges to be overcome, since the performance achieved by oral health services for the elderly, during the study period, reflects the current panorama of increasing implementation of target 3.8 of the 2030 Agenda and has scope in all regions of the state, which will allow the development of institutional actions and programs, as well as public policies aimed at improving the quality of the service in a more targeted manner, and, consequently, contribute to the achievement of target 3.8 of SDG 3. As a technical product, a Technical Report was prepared, addressed to the State Health Department of Pernambuco (State Coordination of Oral Health), indicating the results found.

Keywords: oral health; health assessment; health policy; elderly health; sustainability; Agenda 2030; quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	A dimensão do SUS (2014).....	19
Figura 2	Modelo de organização do SUS (2014).....	22
Figura 3	Gráfico população mundial absoluta e relativa de idosos (1950-2100)	24
Figura 4	Gráfico população absoluta e relativa de idosos, Brasil (1950-2100)..	26
Figura 5	Estatuto do Idoso.....	28
Figura 6	Distribuição LRPD no Brasil (SBBrazil 2010).....	33
Quadro 1	Relação 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030.....	35
Quadro 2	Metas do Brasil para o ODS 3.....	37
Quadro 3	Propriedades dos indicadores.....	41
Quadro 4	Divisão das dimensões do SISAP-Idoso.....	43
Figura 7	Envelhecimento da população idosa no Brasil (2000-2100).....	45
Figura 8	Projeção da população brasileira (IBGE).....	46
Figura 9	Relatório IDB 2011.....	47
Figura 10	Página da SES/PE hospedado no Tabnet.....	50
Quadro 5	Classificação das GERES de Pernambuco para análises estatísticas...	52
Figura 11	Macrorregiões de Pernambuco (2011).....	53
Figura 12	GERES Pernambuco.....	54
Quadro 6	Descrição das GERES de Pernambuco (sede, quantidade de municípios, número de habitantes e municípios componentes).....	55
Quadro 7	Descrição dos princípios de sustentabilidade de Gibson (2005).....	57
Quadro 8	Questões postuladas de acordo com os critérios de Gibson (2005) para avaliação da sustentabilidade da PBS.....	59
Quadro 9	Quantidade de municípios com serviço de LRPD em Pernambuco por GERES, 2010-2019.....	66
Figura 13	Municípios com LRPD instalados, por GERES, 2010-2019.....	68
Quadro 10	Avaliação de sustentabilidade da PBS.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	População mundial absoluta e relativa de idosos (1950-2100).....	25
Tabela 2-	População absoluta e relativa de Idosos, Brasil (1950-2100).....	26
Tabela 3-	Estatísticas descritivas de todos os dados em conjunto variável.....	60
Tabela 4-	Análise de Variância (ANOVA) para a produtividade de próteses.....	61
Tabela 5-	Teste de Tukey para a produtividade de próteses.....	61
Tabela 6-	Análise de Variância (ANOVA) para peças produzidas em números absolutos.....	62
Tabela 7-	Análise de Variância (ANOVA) para peças produzidas em porcentagem.....	63
Tabela 8-	Teste de Tukey para a instalação próteses em valores absolutos e percentuais.....	63
Tabela 9-	Análise de Variância (ANOVA) para reembasamento em números absolutos.....	64
Tabela 10-	Análise de Variância (ANOVA) para reembasamento em porcentagem.....	64
Tabela 11-	Teste de Tukey para reembasamento de próteses em valores absolutos e percentuais.....	64

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
ENI	Estatuto Nacional do Idoso
ELSI	Estudo Longitudinal da Saúde dos Brasileiros
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PBS	Política Brasil Sorridente
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SBBRASIL	Pesquisa Nacional Saúde Bucal Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO AO IDOSO.....	18
3.1.1	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (BRASIL SORRIDENTE).....	22
3.1.2	POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.....	27
3.2	SUSTENTABILIDADE E ODS.....	34
3.3	FERRAMENTAS EPIDEMIOLÓGICAS.....	41
3.4	IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS NO SEGMENTO DA PESSOA IDOSA EM PERNAMBUCO.....	44
4	METODOLOGIA.....	49
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2	FONTE DE DADOS.....	49
4.3	LOCAL DO ESTUDO.....	52
4.4	AVALIAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE APLICADA À POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL.....	56
4.4.1	MÉTODO DE AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE METAS DO ODS 3 DA AGENDA 2030 PELO SERVIÇO DOS LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA (LRPD).....	56
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
5.1	IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL DO IDOSO PELOS LRPD (LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA) NAS GERES DE PERNAMBUCO.....	60
5.2	AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 3.8 DO ODS 3 NO SERVIÇO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO PELO SERVIÇO DO LRPD NO ESTADO DE PERNAMBUCO.....	66
5.3	DISCUSSÃO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE.....	69
5.4	PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO.....	71
6	CONCLUSÃO.....	72
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A – RELATÓRIO TÉCNICO.....	81

1 INTRODUÇÃO

A discussão acerca da sustentabilidade e da sua importância em diversas áreas da sociedade, como uma alternativa para a mitigação da degradação ambiental e recuperação do meio ambiente, e de promover a conscientização das pessoas com relação à preservação do planeta Terra e, da garantia de condições de existência para todos os seres vivos, contempla várias dimensões.

A maior parte da literatura sobre o tema considera, como áreas em que a sustentabilidade exerce influência, dez dimensões para a sustentabilidade, quais sejam: ecológica ou ambiental, econômica, social, espacial ou territorial, cultural, política (nacional e internacional), jurídico-política, ética, psicológica e tecnológica (Boff, 2012; Freitas, 2012; Leff, 2016).

Por conseguinte, a partir do estudo de cada uma das dimensões da sustentabilidade é possível compreender como a sustentabilidade está em praticamente todas as relações humanas e o quanto a sua presença é de suma importância para que seja possível atingir um meio ambiente ecologicamente equilibrado (Ianquito, 2018).

Pode-se dizer então que as lutas pela conservação ambiental, pela preservação de enclaves naturais e pela redução da poluição perderam o peso relativo, em favor de questões atreladas a aspectos socioeconômicos, como a justiça social ambiental e as melhorias das condições de vida de segmentos sociais desfavorecidos (Phillippi Jr; Romero; Bruna, 2004), que sendo atendidas permitem a sociedade uma maior conscientização e envolvimento com a preservação ambiental.

Quando se fala em sustentabilidade lembra-se logo do viés ecológico ou ambiental, mas ela engloba, além da questão ambiental, aspectos sociais, culturais e econômicos, em suma, uma conjunção de fatores que está relacionada à ideia de saúde integral.

Saúde e sustentabilidade estão intimamente relacionadas já que, tanto atitudes sustentáveis podem trazer grandes benefícios para a saúde, quanto atitudes saudáveis podem estimular a sustentabilidade.

Reconhecendo a relação entre a saúde e a sustentabilidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu entre os seus 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos em 2015, o seguinte tema: “ODS 3 Saúde e Bem-estar– Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Na atualidade as mudanças na pirâmide populacional, destacadas pelo envelhecimento da população, são seguidas pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, bem particulares da faixa etária maior que 60 anos.

Em nosso País o mesmo fenômeno acontece e o envelhecimento da população brasileira tem sido bastante rápido, trazendo um ônus financeiro ao SUS (Sistema Único de Saúde) e a conseqüente necessidade dele se adequar a essas novas demandas. Com relação à inserção do segmento idoso, este foi reconhecido e teve seus primeiros direitos sociais assegurados na Constituição Cidadã de 1988, explícitos no artigo 230, que daria as bases para promulgação da Política Nacional do Idoso.

De acordo com o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) com divulgação em 2018, 75,3% dos idosos do País contam apenas com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O levantamento mostra ainda que 83,1% dos integrantes da terceira idade compareceram a, pelo menos, uma consulta com médico nos últimos 12 meses, mostrando que há preocupação em manter a qualidade de vida (Penido, 2018).

Diante do exposto, reforça-se a importância da inserção da dimensão socioambiental da sustentabilidade nas políticas públicas de saúde bucal do idoso, e que se reforce a íntima relação entre o ODS 3 (Saúde e bem-estar) e a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

É extremamente necessário incluir a dimensão socioambiental da sustentabilidade nas políticas públicas de saúde bucal do idoso por três aspectos importantes: preservação dos recursos naturais, desenvolvimento econômico e valorização humana. Falar em qualidade de vida também é considerar a saúde da boca, afinal, uma boa conduta nesta área pode ter desdobramentos que vão desde a manutenção do bem-estar do indivíduo à melhora de sua autoestima e das suas relações sociais e com o meio ambiente.

A saúde bucal do idoso, muitas vezes negligenciada, pode ter repercussões extremamente relevantes nas relações sociais do indivíduo com mais de 60 anos, que muitas vezes foi vitimado por um processo de mutilação e exclusão ao longo de sua vida, e sua saúde integral tem uma enorme importância na autoaceitação desse idoso.

Com o envelhecimento da população brasileira o uso de prótese dentária se faz necessário. O Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal traz o Projeto SB Brasil 2010 (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal), e informa que 92,7% da população brasileira, na faixa etária de 65 a 74 anos, apresentava necessidade de prótese dentária. Nesta faixa etária apenas 23,5% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior, sendo o maior percentual (31,4%) na Região Nordeste, e o menor (16,5%) na Região Sul (Brasil, 2012).

A função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos a saúde de forma ampliada se torna necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

No quadro brasileiro do envelhecimento da população, a saúde bucal apresenta ainda uma alta prevalência de cárie e doença periodontal que, aliadas a políticas públicas anteriores ao Brasil Sorridente (atual política nacional de saúde bucal, lançado em 2003), que não elegeram adultos e idosos como grupos prioritários, transformaram a nossa população com mais de 60 anos em uma população "desdentada".

Assim o edentulismo, que é a ausência parcial ou total de dentes de um indivíduo, e a sua recuperação por meio de próteses dentárias se tornaram um desafio de Saúde Pública no Brasil devido às dificuldades que a falta de dentes traz aos idosos, sejam nutricionais ou psicossociais, e pelo custo financeiro da confecção delas, o que as tornam inacessíveis à população menos favorecida que depende dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD's).

Uma vez que o ODS 3 visa garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas de qualquer idade, garantindo assim uma das dimensões do desenvolvimento sustentável, é importante ter este objetivo nas políticas públicas de saúde bucal do idoso.

Tendo como objeto de estudo os municípios pernambucanos que possuem o serviço de prótese dentária com atendimento aos idosos esta pesquisa intencionou conhecer o tipo de serviço prestado e se eles possuem algum tipo de padrão de atendimento ao longo do estado de Pernambuco, respeitando as características de cada município e região e, acima de tudo, a integralidade da saúde do idoso, melhorando a sua qualidade de vida. E, assim propõe avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal, no eixo reabilitação, para a pessoa idosa como contribuição para o cumprimento do ODS 3.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o desempenho dos municípios do estado de Pernambuco na implementação de política pública, com foco na melhoria da Saúde Bucal da Pessoa Idosa, frente a meta 3.8 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o padrão de atendimento do usuário do SUS no segmento da pessoa idosa, visualizando no estado de Pernambuco sua abrangência e comportamento ao longo do período de 10 anos utilizando parâmetros quantitativos;
- Verificar o alinhamento do ODS 3 com o escopo do programa de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) analisando o desempenho dos municípios de Pernambuco quanto ao atendimento do segmento da pessoa idosa;
- Elaborar um Sumário Executivo, como produto técnico, endereçado a Coordenação Estadual de Saúde Bucal, indicando os resultados encontrados dos serviços de atendimento a idosos para os Municípios do estado de Pernambuco, proporcionando elementos diagnósticos para a tomada de decisões no âmbito da gestão e da assistência à saúde bucal da pessoa idosa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O presente referencial teórico abordou os principais marcos históricos que levaram ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), e Política Nacional de Atenção ao Idoso, além das suas interações com a ODS 3, estratégica global instituída pela ONU para o desenvolvimento sustentável, que abrange a área da saúde, fazendo uma análise da Agenda 2030, incluindo seu conceito, objetivos e metas para a construção de sociedades sustentáveis. Por fim, examinou a presença e atuação do serviço de saúde bucal e a identificação do perfil do usuário do SUS no segmento da pessoa idosa em Pernambuco.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO AO IDOSO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o Sistema Público de Saúde do Brasil e resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária e foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988, consolidado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Possui algumas características importantes, dentre elas a colocação constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado, assegurando sua relevância pública, dando à saúde destaque e proeminência entre tantas outras áreas e setores. Os objetivos deste sistema de saúde vão além de “tratar das pessoas doentes”, já que o maior objetivo é impedir que as pessoas adoçam (Carvalho, 2013).

O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um sistema universal público e gratuito de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde como qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e

abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (Brasil, 2020).

A lei que regulamentou o SUS foi a 8.080 de 19/09/1990, que definiu, bem claramente, os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas. Ao SUS também compete fazer estudos epidemiológicos sobre os fatores determinantes e condicionantes tais como: trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais; cabendo também a divulgação desses estudos (Carvalho, 2013). Na Figura 1 podemos ver o alcance do SUS em números:

FIGURA 1: A dimensão do SUS (2014)



Fonte: <https://www.slideserve.com/nellie/a-dimens-o-do-sus>

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais/distrital de Saúde e Conselhos e Comissões em várias esferas de governo.

O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS que formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais (Hospital Federal de Bonsucesso/HFB, Hospital Federal do Andaraí/HFA, Hospital Federal de Ipanema/HFI, Hospital Federal dos Servidores do Estado/HFSE, Hospital Federal Cardoso Fontes/HFCF, Hospital Federal de Lagoa/HFL, Hospital Federal de Jacarepaguá/HFJ e Hospital Federal de Clínicas de Niterói/HFCN).

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) participam da formulação das políticas e ações de saúde, prestam apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participam da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), por sua vez, planejam, organizam, controlam, avaliam e executam as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Os Conselhos de Saúde são, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, o órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é o foro de negociação e pactuação entre gestores federais, estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

O Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass) é a entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é a entidade representativa dos entes municipais na CIT e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são as entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para também tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Como princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) se tem:

- I. Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

- II. Equidade: o objetivo deste princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isto, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar igualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- III. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isto, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

E como princípios organizativos do SUS se apresentam (Brasil, 2020):

- Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado deles. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- Descentralização e comando único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, no qual cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
- Participação popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Na Figura 2 observa-se o modelo atual de atendimento do SUS com as diversas formas de entrada. Notadamente com ações intersetoriais (melhoria concreta das condições de vida), rede de Serviços de Tratamento Continuado (serviços diferentes para diferentes necessidades), portas de entrada (acolhimento universal) e outros equipamentos sociais.

FIGURA 2: Modelo de organização do SUS (2014)



Fonte: <https://www.slideserve.com/nellie/a-dimens-o-do-sus>

3.1.1. Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente):

Dentro do Sistema Único de Saúde existem várias políticas públicas relacionadas às diversas áreas que compõem esse sistema tão amplo. No caso da saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como "Brasil Sorridente", foi lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde e se constitui em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. O Brasil Sorridente tem como principal objetivo a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em

saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais (Ministério da Saúde, 2021).

A PNSB tem sucessos e avanços nos campos da prevenção, educando a população brasileira, e da Educação Permanente das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Mas ainda encontra dificuldades no campo da assistência à população, já que os profissionais tendem a repetir um modelo biomédico existente e a comunidade quer "o dentista no consultório trabalhando e não dando palestra e fazendo visita domiciliar".

Em 2005, foi introduzida no Brasil Sorridente a terceira etapa do processo odontológico, a Reabilitação Protética, por meio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

O LRPD é um estabelecimento que confecciona próteses dentárias pelo SUS, que pode ser um laboratório próprio do município ou terceirizado, e que entrega as próteses confeccionadas no próprio local (sede no município). Qualquer município brasileiro pode ter um LRPD, independentemente do tamanho ou localização geográfica, desde que se credencie pelo Ministério da Saúde (MS), seja aprovado por portaria, e receberá então um custeio mensal do MS para a confecção das próteses dentárias, dependendo da quantidade de próteses que é contratada (faixa de produção).

Alguns municípios encontram dificuldades na contratação e execução dos serviços de seus LRPD's. A informação da produção do município ao MS também é muito importante, já que é a garantia que o LRPD está ativo e atendendo a sua população, executando o serviço e entregando as próteses dentárias, reabilitando sua comunidade.

Os idosos compõem o universo de usuários do SUS e, mesmo garantido o atendimento preferencial na maioria dos serviços, encontram dificuldades na sua reabilitação protética. Mesmo em municípios que dispõem de serviços de atendimento de Odontogeriatrics, com um atendimento especializado para o idoso, ainda existem "gargalos" e dificuldades em se garantir a reabilitação protética desse paciente.

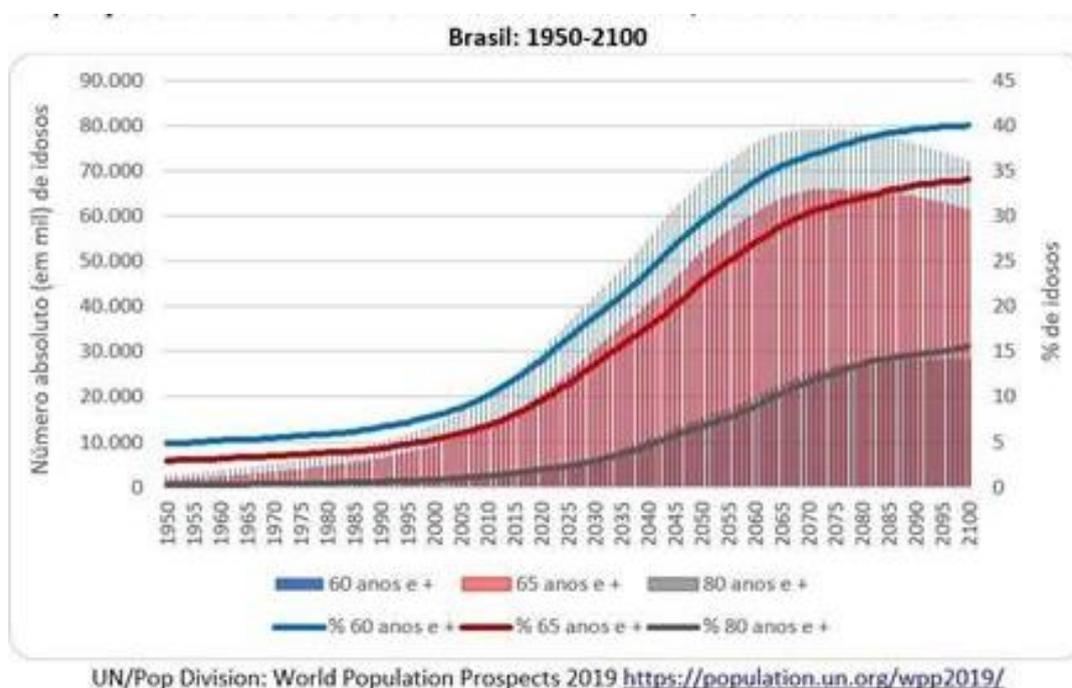
O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, principalmente as doenças crônicas, queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é igual em todas as sociedades, ou para todos os seres humanos, já que sofre influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização

de moradia.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo “sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro”, característico de todos os membros de uma espécie, “de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

Na Figura 3 observa-se a projeção do crescimento da população mundial na faixa etária de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais, até 2100.

FIGURA 3: Gráfico população mundial absoluta e relativa de idosos (1950-2100)



Fonte: <https://population.un.org/wpp2019/>

Como uma das características mais importantes da dinâmica demográfica mundial atual é o processo de envelhecimento populacional, ou seja, o aumento do número absoluto e do percentual de idosos no conjunto da população, que ocorre desde o ano 1950, mais marcadamente ao longo do século XXI. O gráfico acima demonstra o crescimento absoluto (barras e eixo esquerdo) e o crescimento percentual (linhas e eixo direito) dos idosos em três categorias: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais; mostrando que o ritmo do envelhecimento na segunda metade do século XX era de forma lenta, se transformou em crescimento acelerado ao longo do século XXI, conforme dados da Divisão de População da ONU (Alves, 2020)

Na Tabela 1 observa-se a população idosa mundial em números absolutos e a prospecção do seu crescimento (até o ano 2100).

TABELA 1: População mundial absoluta e relativa de idosos (1950-2100)

**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais
Mundo: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil)**

Anos	Total	60 anos e +	65 anos e +	80 anos e +	% 60 e +	% 65 e +	% 80 e +
1950	2.538.381	202.157	128.709	14.281	8,0	5,1	0,6
2000	6.145.494	610.886	422.209	71.715	9,9	6,9	1,2
2020	7.796.819	1.049.748	727.606	145.504	13,5	9,3	1,9
2050	9.735.034	2.079.639	1.548.852	426.367	21,4	15,9	4,4
2100	10.874.902	3.069.374	2.456.436	881.008	28,2	22,6	8,1
2100/1950	4,3	15,2	19,1	61,7	3,5	4,5	14,4

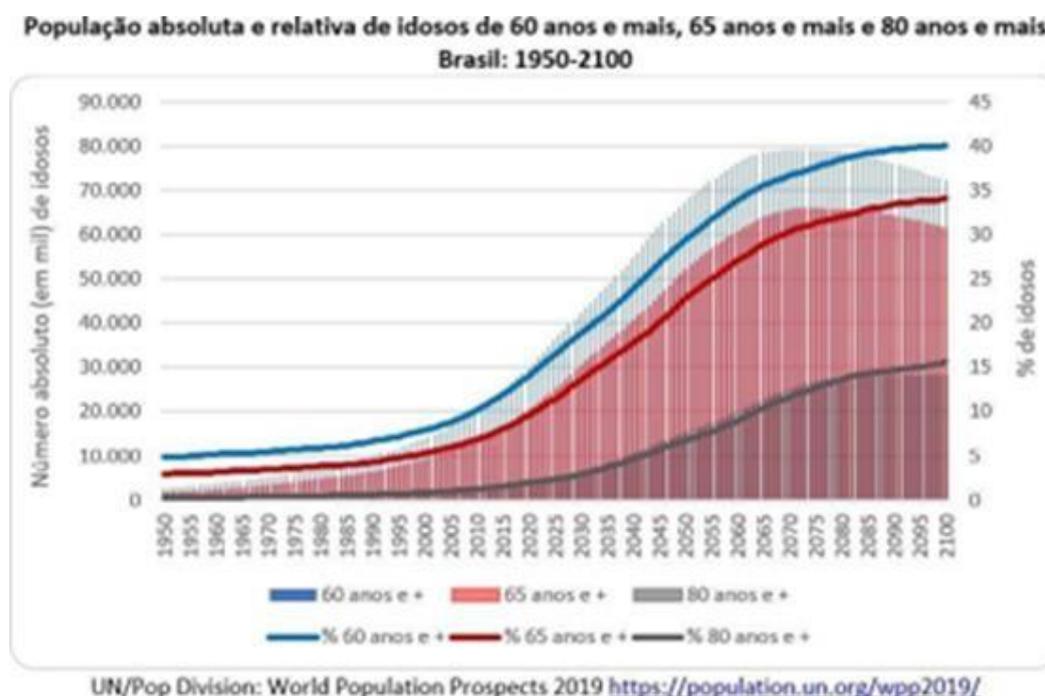
UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

Fonte: <https://population.un.org/wpp2019/>

No Brasil ocorre a mesma tendência do resto do mundo, porém o processo de envelhecimento populacional é mais rápido que o quadro mundial. O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020, e deve alcançar 72,4 milhões em 2100. O crescimento absoluto foi de 27,6 vezes. Em termos relativos a população idosa de 60 anos e mais representava 4,9% do total de habitantes de 1950, passou para 14% em 2020 e deve atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100 (um aumento de 8,2 vezes no peso relativo entre 1950 e 2100).

Na Figura 4 se observa o crescimento da população brasileira na faixa etária de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais.

FIGURA 4: Gráfico população absoluta e relativa de idosos no Brasil (1950-2100)



Fonte: <https://population.un.org/wpp2019/>

É importante salientar que o número total de brasileiros vai atingir o pico populacional de 229,6 milhões de habitantes em 2045, conforme a revisão 2019 de Projeções da ONU e que o número de idosos brasileiros vai continuar aumentando, atingindo o pico na faixa etária de 60-75 anos em 2075, e na faixa de 80 anos e mais no ano de 2085. Nas últimas décadas do século XXI o número absoluto de idosos vai diminuir, mas a porcentagem de idosos na população geral vai continuar subindo, trazendo novos desafios e novas oportunidades (Alves, 2020)

Na Tabela 2 observa-se a população idosa brasileira em números absolutos e a prospecção do seu crescimento (até o ano 2100).

TABELA 2: População absoluta e relativa de Idosos, Brasil (1950-2100)

**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais
Brasil: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil)**

Anos	Total	60 anos e +	65 anos e +	80 anos e +	% 60 e +	% 65 e +	% 80 e +
1950	53.975	2.627	1.606	153	4,9	3,0	0,3
2000	174.790	13.874	9.175	1.429	7,9	5,2	0,8
2020	212.559	29.857	20.389	4.159	14,0	9,6	2,0
2050	228.980	67.361	52.026	15.376	29,4	22,7	6,7
2100	180.683	72.386	61.544	28.210	40,1	34,1	15,6
2100/1950	3,3	27,6	38,3	184,8	8,2	11,5	55,2

UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

Fonte: <https://population.un.org/wpp2019/2>

3.1.2. Política Nacional do Idoso

A mudança no perfil da população brasileira é nítida, visto que, segundo Uvo Bodnar e Pasold (2021), tem-se um número maior de idosos no Brasil e claras projeções para o aumento da população idosa no nosso País, que são dados indispensáveis para a formulação de Políticas Públicas, principalmente daquelas que objetivam proteger, promover e garantir o direito à saúde do idoso.

O idoso é citado como cidadão na Constituição Brasileira de 1988 pela primeira vez em seus artigos 203, 229, e 230. Em 1994 é promulgada a Lei 8842 que é a Política Nacional do Idoso (PNI), um marco importante para todos aqueles que trabalham com a chamada terceira idade, ao ampliar a concepção de velhice e do processo de envelhecimento. A PNI pontua a necessidade do envolvimento de toda sociedade para que se possa enfrentar o desafio de assistir a uma população que nas últimas décadas tem apresentado um crescimento acentuado no Brasil e propõe mudanças significativas na assistência, na justa medida em que chama o idoso, à participação ativa, deixando os preconceitos de ser visto como inoperante e não produtivo, colocando o idoso como cidadão também responsável pelo seu destino, assegurando seus direitos, além de cobrar a sua responsabilidade e participação (Oliveira, 2017).

Na Figura 5, observa-se o Estatuto do Idoso ou Estatuto Nacional do Idoso (ENI) que foi instituído pela Lei 10.741 em outubro de 2003, e visa a garantia dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos já que no seu texto são apresentados os direitos dos idosos, as obrigações das entidades assistenciais e estabelecidas as penalidades para diversas situações de desrespeito aos idosos.

FIGURA 5: Estatuto do Idoso



Fonte: <https://edicoes.portaldoenvelhecimento.com.br/produto/estatuto-do-idoso-2020>

As políticas públicas de saúde do idoso no Brasil são fundamentadas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), na qual se encontram dispositivos versando sobre a Saúde nos artigos 6º; 170; 194, parágrafo único e incisos I e V; 198, inciso II. É no artigo 196 que a saúde está constitucionalizada detalhadamente como “direito de todos e dever do Estado”, nos seguintes termos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Para isso, o Estado Brasileiro institui diretrizes para garantir a concretização de Direitos Sociais Fundamentais que dependem da sua intervenção, como o caso do Direito à Saúde, inclusive, relacionado ao Idoso, e essas diretrizes constituem as Políticas Públicas (Uvo Bodnar; Pasold, 2021).

Para Freitas (2014), as Políticas Públicas não podem ser consideradas meros programas governamentais, já que “são programas de Estado Constitucional (mais do que de governo), que reclamam motivada formulação entre alternativas constitucionalmente defensáveis” e apresenta os elementos caracterizadores das políticas públicas, quais sejam:

(a) são programas de Estado Constitucional (mais do que de governo), que reclamam motivada formulação entre alternativas constitucionalmente defensáveis, (b) processados por atos de cognição e de vontade dos múltiplos atores políticos, no intuito de solver problemas sociais concretos, e que (c) devem consubstanciar, na prática governamental, prioridades cogentes, geradoras de benefícios excedentes aos custos diretos e indiretos.

A Política Nacional do Idoso foi regulamentada pelo Decreto 1.948 (1996) e é um marco na legislação sobre o envelhecimento no Brasil.

Em consonância com a Assembleia de Viena e com a Proclamação do Envelhecimento (1992), a PNI visa assegurar autonomia, direitos sociais e participação dos idosos, inclusive na elaboração de políticas públicas. Não obstante, dificuldades na sua implementação e na efetivação dos direitos dos idosos levaram à criação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), que reúne algumas políticas e leis já aprovadas (Camarano; Pasinato, 2004; Camarano, 2013) e adiciona outras várias, incorporando a integralidade e a equidade e objetivando a promoção do bem-estar na velhice.

Em seu artigo terceiro, o Estatuto estabelece que cabe ao Estado garantir ao idoso com prioridade, em conjunto com a família e a sociedade, “a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2003).

Com o Estatuto do Idoso, o Estado reforça sua corresponsabilidade na construção de um envelhecimento ativo, seguindo o conselho do Plano de Ação da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri no ano de 2002 (Camarano, 2013), e o registra de forma definitiva na agenda governamental.

Políticas de saúde, trabalho e renda, educação, assistência e previdência, se tornam imprescindíveis para o envelhecimento ativo, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (Who, 2005). Legalmente, o Brasil assegura participação e direitos sociais aos idosos e se prepara para o envelhecimento. Mas na prática cotidiana esta preparação é passível de questionamento (Hoffmann-Horochovski et al, 2019)

O envelhecimento, compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da capacidade funcional dos indivíduos com o passar dos anos, também chamado senescência, normalmente não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições excessivas (doenças, acidentes e estresse emocional), pode resultar numa condição mais patológica chamada senilidade, que requer assistência. O maior enfrentamento na atenção à pessoa idosa é fazer com que elas possam recobrar e redescobrir meios e ferramentas para viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, mesmo com as possíveis limitações que se apresentem

ao longo do tempo (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2020) mostra o cenário brasileiro, a discorrer sobre a “Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral”, da seguinte forma:

A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar (Brasil, 2021).

Para Oliveira (2017), a necessidade de mudança é urgente, não apenas para cumprir as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), mas também pelo alto valor financeiro despendido pelo Ministério da Saúde com o atendimento tradicional (internações hospitalares). Segundo informações do DATASUS o custo com os maiores de 60 anos é três vezes superior ao das outras faixas etárias. Salientando-se ainda que a saúde do idoso, na composição dos gastos em saúde, representa um custo muito alto para o sistema de saúde e para a sociedade, mas que nem sempre este gasto se reverte necessariamente em melhor qualidade da assistência para a população idosa.

A corresponsabilidade do Estado e da sociedade no cuidado aos idosos também merece destaque, apesar da família continuar exercendo papel central nesse processo. A legislação voltada para o envelhecimento no Brasil, a exemplo das leis 8.842/1994 e 10.741/2003, destaca que cabe a essas três esferas garantir ao idoso o direito de envelhecer com dignidade (Hoffmann-Horochovski et al, 2019).

Segundo Narvai (2011), “a política de saúde bucal em curso no Brasil, no início da segunda década do século XXI é bem-sucedida, sob vários aspectos. Embora por vezes se considere que a PNSB teria “surgido”, em 2002, as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, documento político balizador do Programa Brasil Sorridente, como é mais conhecida essa política, são “resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de Odontologia e de Saúde Coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal”, em 1941 e 1950 respectivamente, como descrito na própria Página do Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

Assim, sob um recorte histórico mais amplo, que se iniciou com a redemocratização do País, deve-se reconhecer que as proposições nucleares da PNSB foram se definindo naquele

contexto histórico, como um processo coletivo de construção fortemente vinculado ao Movimento da Reforma Sanitária e às trajetórias históricas das forças partidárias (Narvai, 2011).

Para Scherer e Scherer (2015), os avanços observados na PNSB se concentraram nas ações educativas e de educação permanente; no acolhimento, vínculo e responsabilização. E, os principais desafios estiveram relacionados à: integralidade; ampliação e qualificação da assistência; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; estímulo à participação popular e ao controle social; e ações intersetoriais. Mesmo com esse novo cenário normativo, as mudanças são ainda insuficientes no trabalho em saúde bucal, já que a tendência ainda é que os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante. A continuidade de esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente ainda será necessária. Como perspectivas nesse cenário está a ampliação do comprometimento dos gestores e dos profissionais num processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na possibilidade de construir mudanças significativas para as realidades locais.

Segundo Morin (1986), citado por Ferreira e Ferreira (2011), definir boas políticas de saúde bucal pode ser pouco para a realização de boas políticas públicas de saúde, já que, neste sentido, é discutido se, quando se fala saúde bucal como parte integrante da saúde geral, consegue-se reverenciar a integralidade do ser humano ou se isto é simplificação de um sistema complexo.

Narvai (2011) afirma ainda no que se refere à atenção básica, que é fundamental atentar às distorções que a prática pode impor em várias localidades: “o desafio estratégico é não permitir que se restrinja à presença de cirurgiões-dentistas no PSF” mantendo uma atuação que reproduz modelos excludentes. Para que isto não aconteça, cabe no plano restrito dos atores sociais mais diretamente ligados à área de saúde bucal, que haja o enfrentamento entre os métodos da Odontologia de Mercado e os métodos da Saúde Bucal Coletiva.”

Para Santiago (2004), isso “reforça os questionamentos sobre a não integração da Odontologia no PSF ou a resistência da equipe local em receber e discutir as questões de saúde ou doença da população, com profissionais da Odontologia”. E, Narvai (2011), destaca:

No que diz respeito à integralidade dos níveis de atenção, o pressuposto teórico é que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) se consolidem como unidades de assistência odontológica de nível secundário operando de modo complementar e articulado com a atenção básica. Contudo, há muitos relatos de acesso direto de usuários aos CEO, em várias localidades, em praticamente todas as regiões brasileiras. O denominado ‘atalho ao CEO’, e, portanto, sua descaracterização na rede de atenção deve ser impedida, e ‘é um dos mais significativos desafios à PNSB e que requer a atenção tanto dos gestores quanto dos movimentos sociais e trabalhadores da saúde,

por meio dos conselhos e conferências de saúde. Embora os CEO sejam atualmente a face mais visível da PNSB, ela é muito mais do que eles. Concretizar isto é o principal desafio estratégico posto a essa política pública, cujos maiores riscos são de um lado essa redução e, de outro, a descontinuidade do financiamento (Narvai, 2011)

Para Ferreira (2011), independentemente de por onde o acesso aconteceu, a configuração do atendimento em rede deve ser assegurada, uma rede de atendimento, segura, eficiente e cuidadora.

Moysés e Góes (2012) afirmam ser “crucial propor o seguinte questionamento: qual a finalidade das políticas públicas em países como o Brasil?” Internacionalmente debatido, “o amplo objetivo de reduzir iniquidades no acesso e na utilização de serviços”, além de “integrar ações intersetoriais públicas com um nível de qualidade de respostas que impactem os principais indicadores de saúde bucal.” No que Oliveira (2017), reforça:

As políticas públicas aplicadas na prática podem contribuir para a elevação do nível de qualidade de vida das populações, especialmente a idosa. Qualidade de vida entendida como: idoso que consiga gozar de envelhecimento ativo, saudável e com capacidade funcional preservada. A autonomia do idoso deve ser mantida pelo maior tempo possível. Só assim contribuiremos para que ele realize suas capacidades, como cidadão (Oliveira, 2017).

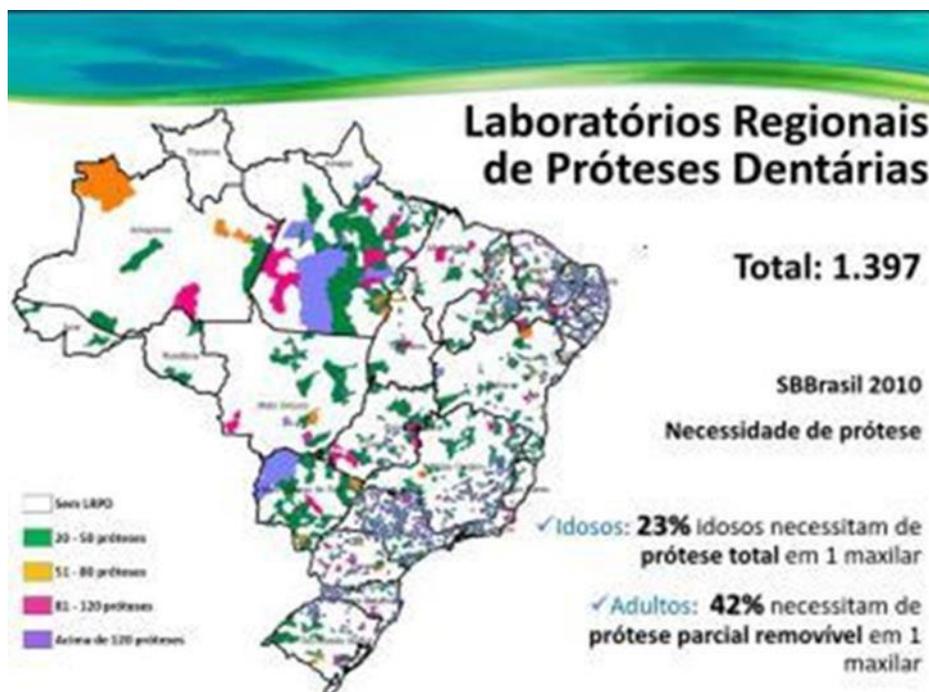
Outra ação que é conduzida dentro do Brasil Sorridente é a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), já que juntamente com as mortes por câncer de boca, o grande número de desdentados é um dos principais problemas de saúde bucal do Brasil. Em todo o País, 75% dos idosos não têm um dente sequer na boca. Na faixa etária entre 30 e 44 anos, 30% dos adultos são desdentados. Desses, mais de 15% precisam de pelo menos uma dentadura. Entre os adolescentes há cinco mil desdentados, sem próteses na boca. Somente 10% dos idosos têm 20 ou mais dentes na boca. Entre os adultos, este percentual sobe para 54%. Entre os jovens com idade entre 15 e 19 anos, apenas 55% têm todos os dentes. (Pucca Jr, 2006)

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde passou a financiar, desde 2005, o credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária. O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intra radiculares e fixas/adesivas.

Um município com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto 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 que permite que os LRPD estejam distribuídos em todo território nacional (Brasil, 2020), conforme

demonstra a Figura 6.

FIGURA 6: Distribuição dos LRPD no Brasil (SBBrasil 2010)



Fonte: <https://docplayer.com.br/11956099-Oficinas-estaduais-de-monitoramento-dos-lrpd.html>

O Ministério da Saúde repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00
- Entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00
- Entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00
- Acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00

Este 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 Ministério da Saúde. 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) (Brasil, 2018).

Em 2023 o Ministério da saúde reajustou o orçamento da saúde bucal para o ano de 2024 e através da portaria 1.924/2023, os valores destinados ao custeio de serviços para estados e municípios foram reajustados em percentuais que variam de 50 % a 180%. Os LRPD também foram beneficiados. Em maio de 2023, o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou lei que incorpora a saúde bucal como política obrigatória do SUS, garantindo que esse tipo de cuidado passasse a ser um direito de todos os brasileiros garantido por lei e a oferta

de serviços odontológicos não pode ser interrompida ou colocada em segundo plano por gestores federais, estaduais e municipais, e permitindo a contratação de mais equipes e serviços, aumentando significativamente o acesso aos serviços de saúde bucal (Brasil, 2024).

3.2 SUSTENTABILIDADE E ODS

Como destacado na página oficial das Nações Unidas (Brasil, 2020), “o movimento ambientalista ganhou novo impulso em 1962, com a publicação do livro de Rachel Carson, ‘A Primavera Silenciosa’ [...] que mostrou a necessidade de respeitar o ecossistema em que vivemos para proteger a saúde humana e o meio ambiente.” Esta obra foi fundamental para se estabelecer o conceito de Sustentabilidade, assim como, de Desenvolvimento Sustentável, inclusive, na Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) (Uvo Bodnar; Pasold; 2021). No que coube pontuar Cruz; Bodnar (2012):

Apesar da amplitude conceitual já alcançada é muito importante que os avanços prossigam, não apenas no aspecto formal, mas principalmente na identificação de estratégias e mecanismos para tornar concreto estes nobres objetivos preconizados para a melhoria contínua da qualidade da vida em todas as suas formas. (Cruz; Bodnar, 2012, p. 111)

É importante compreender que a “Sustentabilidade é um conceito amplo, interdisciplinar, histórico, relacional e que apresenta múltiplas dimensões.” A Sustentabilidade trata do ambiental e da vida, sem esquecer o social e o econômico, com a consideração de um horizonte temporal alongado. E, será indispensável na seleção de prioridades, seja nas alocações ou nas escolhas públicas, sempre numa conjuntura de escassez e limites, bem como a proteção de mínimos intangíveis (Uvo Bodnar; Pasold; 2021).

O desenvolvimento sustentável e a sustentabilidade são temas que, nas últimas cinco décadas, têm despertado o interesse crescente de pesquisadores, profissionais e governantes em virtude dos efeitos da intensificação da utilização dos recursos naturais pelo ser humano. Para Van Bellen (2006), o conceito de desenvolvimento sustentável é unânime em todos os segmentos da sociedade, e seu aparecimento aprofundou a discussão sobre o real significado teórico e prático. O autor argumenta ainda que o desenvolvimento sustentável deve ser avaliado a partir de múltiplas dimensões, incluindo a econômica, ambiental e social (Van Bellen, 2010).

Outros autores também concordam com essa abordagem multidimensional. Por exemplo, Oliveira (2005) destaca a importância de equilibrar o crescimento econômico com a preservação ambiental. Simão (2017), por sua vez, discute a evolução histórica do conceito, enfatizando a necessidade de políticas que integrem essas diferentes dimensões.

Essas perspectivas mostram um consenso sobre a importância de uma abordagem holística para o desenvolvimento sustentável, alinhando-se com as ideias de Van Bellen.

Neste sentido, lança uma questão importante para o debate: “[...] como o desenvolvimento sustentável pode ser definido e operacionalizado a fim de que seja utilizado como ferramenta para ajustar os rumos que a sociedade vem tomando em relação a sua interação com o meio ambiente natural?” (Van Bellen, 2005)

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, elaborada de forma participativa e resultando das experiências exitosas desde o Relatório Nosso Futuro Comum (ONU, 1991), consolida o que há de mais avançado em sustentabilidade, consolidando os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que devem ser concretizados por países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo o Brasil, já que é o compromisso de formular e efetivar políticas públicas que garantam o cumprimento dos 17 ODS em todos os níveis apropriados (Sotto et al, 2019).

QUADRO 1 – Relação dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 (continua)

	<p>ODS 1 – ERRADICAÇÃO DA POBREZA: Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares</p>
	<p>ODS 2 – FOME ZERO E AGRICULTURA SUSTENTÁVEL: Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável</p>
	<p>ODS 3 – SAÚDE E BEM-ESTAR: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades</p>
	<p>ODS 4 – EDUCAÇÃO DE QUALIDADE: Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos</p>
	<p>ODS 5 – IGUALDADE DE GÊNERO: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas</p>

Fonte: Quadro extraído de Cantarelli (2024)

QUADRO 1: Relação dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 (continuação)

	ODS 6 – ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos
	ODS 7 – ENERGIA LIMPA E ACESSÍVEL: Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todas e todos
	ODS 8 – TRABALHO DECENTE E CRESCIMENTO ECONÔMICO: Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos
	ODS 9 – INDÚSTRIA, INOVAÇÃO E INFRAESTRUTURA: Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação
	ODS 10 – REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES: Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles
	ODS 11 – CIDADES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS: Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis
	ODS 12 – CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS: Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis
	ODS 13 – AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA: Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos
	ODS 14 – VIDA NA ÁGUA: Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
	ODS 15 – VIDA TERRESTRE: Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade
	ODS 16 – PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis
	ODS 17 – PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO: Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

Fonte: Quadro extraído de Cantarelli (2024)

Nessa pesquisa, como dito anteriormente, o ODS 3 será balizador para o estudo. Sua descrição é: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” e, para tal, apresenta metas aos países signatários. No caso do Brasil, as seguintes metas foram acordadas para o ODS 3, conforme disposto no Quadro 2.

QUADRO 2: Metas do Brasil para o ODS 3.

3.1	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
3.2	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
3.3	Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis
3.4	Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar
3.5	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool
3.6	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas
3.7	Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais
3.8	Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos
3.9	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo
3.a	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado
3.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos
3.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento
3.d	Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde

Fonte: Quadro formulado pela autora baseado em Nações Unidas Brasil, 2024.

A problemática da sustentabilidade assume, neste século, um papel central na reflexão em torno das dimensões do desenvolvimento e, na visão de Nalini (2010), a disseminação dessa cultura da sustentabilidade residiria em alguns elementos constitutivos quais sejam:

... uma sólida consciência social em relação ao direito a um ambiente saudável e produtivo; o reconhecimento universal quanto ao valor da diversidade biológica, da heterogeneidade cultural e do pluralismo político; **o respeito a uma ética inter e intrageracional**; a ênfase especial às prioridades voltadas para as necessidades básicas, a **elevação da qualidade de vida e a inclusão social**; o reconhecimento da eficácia de práticas de descentralização econômica e gestão participativa; a

incorporação de uma dialética que não apenas opõe, mas aproxima o particular do universal, o local do global (Nalini, 2010).

Diante disso, pessoas saudáveis são mais conectadas ao ambiente, que, se bem cuidado, potencializa benefícios físicos e mentais (Braithwaite, 2014).

Passa-se a tratar a respeito da dimensão social da sustentabilidade, a qual, em suma, atua na proteção da diversidade cultural, garantia do exercício pleno dos direitos humanos e combate à exclusão social (Póvoas, 2015).

Para o desenvolvimento sustentável a dimensão social apresenta os maiores desafios, já que pretende atender aos interesses de diferentes atores envolvidos nas organizações e comunidades (Jacobi, 1999). A sustentabilidade social se relaciona às necessidades das pessoas ligadas direta ou indiretamente a organizações, segundo Elkington (2012), buscando o bem-estar da sociedade e dos trabalhadores por meio do respeito às normas trabalhistas, à remuneração adequada e ao alcance de condições de trabalho favoráveis.

Desta forma, o grande destaque nesta dimensão é que as políticas públicas devem estar voltadas para a execução dos direitos sociais, porquanto o ser humano só irá respeitar a natureza e os seus recursos naturais se ele também for respeitado, for tratado com dignidade (Anjos; Ubaldo, 2015).

Neste cenário destacam-se alguns aspectos por considerar a necessidade de avanços no que diz respeito a esses direitos sociais, na atenção com o idoso, entendendo os movimentos sociais como entidades de mediação, diretamente ligados à resolução de problemas sociais, servindo como agente construtor na reorganização social para mudar um ou outro aspecto desejado em uma sociedade, como é o caso de suas relações com o meio ambiente.

A visão da Sustentabilidade inclui critérios racionais aos fundamentos das decisões envolvendo o Controle de Políticas Públicas, já que considera não só a relevância natural do Direito à Saúde do Idoso, mas também o seu proveito coletivo, além de horizonte temporal em plena sintonia com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). (Uvo Bodnar; Pasold, 2021)

Entende-se também, segundo Meira Sagaz et al (2018) que, para examinar e melhorar as práticas na saúde pública, as três dimensões da sustentabilidade inicialmente citadas no relatório Brundtland (1987) podem ser utilizadas já que, no serviço público, a prestação deste envolve financiamento (pilar econômico), gestão dos resíduos (pilar ambiental) e respostas às demandas sociais e de saúde (pilar social) (Meira Sagaz *et al*, 2018).

Entretanto existe a urgente necessidade de um diálogo produtivo entre a discussão sobre sustentabilidade socioambiental e as análises sobre a gestão social do Estado frente às políticas

públicas em saúde, já que os recursos são retirados da natureza. (Nogueira; Souza; Rosário, 2012)

A Agenda 2030 elegeu 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), relacionados aos distintos aspectos da sustentabilidade (econômicos, sociais, ambientais, políticos e culturais) que deveriam ser concretizados por meio de 169 metas, monitoradas por indicadores. A efetivação dos ODS necessita de instrumentos que apoiem as gestões (regionais e locais) no processo de interiorização da Agenda 2030 em todo território nacional. Neste âmbito, o Brasil já tem um conjunto de instrumentos postos por leis estruturantes de políticas públicas, embasadas na Constituição Federal. Ressalta-se nesta parte aspectos importantes da Política Nacional do Meio Ambiente, da Política Nacional de Recursos Hídricos, do Estatuto da Cidade e da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, mostrando que as questões urbano-ambientais mais relevantes devem se integrar aos instrumentos de gestão e planejamento urbanos para promoção da sustentabilidade das cidades brasileiras (Sotto *et al*, 2019). O que é destacado por Nogueira, Souza Rosário (202):

[...] as políticas de saúde não contemplam a ideia de sustentabilidade socioambiental como parte do conceito de saúde ampliada, demonstrando que ainda não se ultrapassou o conceito de saúde como a simples ausência de doença. [...] no âmbito da gestão social realizada pelo Estado por meio do planejamento de políticas de enfrentamento dos problemas públicos da sociedade, verifica-se a falta de transetorialização das políticas com foco na sustentabilidade socioambiental, o que reflete de maneira inconsistente no contexto das políticas públicas, em específico no setor da saúde. (Nogueira; Souza; Rosário, 2012)

Existe uma relação entre o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) e o Índice de Felicidade Bruta (IFB) que é bastante interessante, pois ambos focam no bem-estar das pessoas, mas de maneiras complementares.

O ODS 3 preconiza uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Ele abrange metas como a redução da mortalidade materna e infantil, combate a doenças transmissíveis e não transmissíveis, promoção da saúde mental, e acesso a serviços de saúde de qualidade (Silva, 2016).

O conceito de Felicidade Interna Bruta (FIB), criado pelo Butão, país da Ásia Meridional, mede o desenvolvimento de uma nação com base em nove domínios: bem-estar psicológico, saúde, educação, uso do tempo, diversidade cultural e resiliência, boa governança, vitalidade comunitária, diversidade ecológica e resiliência, e padrões de vida (Russo e Bresciani Filho, 2020). A saúde é um dos componentes centrais do FIB, refletindo a importância de um estado físico e mental saudável para a felicidade geral. Essa relação entre ODS 3 e FIB reflete-

se sob os seguintes aspectos:

- **Saúde Física e Mental:** Ambos enfatizam a importância da saúde física e mental. O ODS 3 aborda diretamente a melhoria dos serviços de saúde e a prevenção de doenças, enquanto o FIB inclui a saúde como um dos seus domínios principais, reconhecendo que a saúde é fundamental para a felicidade e o bem-estar geral.
- **Bem-Estar Holístico:** O FIB adota uma abordagem holística do bem-estar, que inclui, além da saúde, fatores como a vitalidade comunitária e a boa governança, que também podem influenciar indiretamente os objetivos do ODS 3.
- **Indicadores Complementares:** Enquanto o ODS 3 utiliza indicadores específicos de saúde (como taxas de mortalidade e acesso a serviços de saúde), o FIB utiliza uma gama mais ampla de indicadores que podem complementar a avaliação do bem-estar geral de uma população (Russo e Bresciani Filho, 2020).

Entendemos então que o ODS 3 e o FIB se complementam ao fornecer uma visão abrangente do bem-estar humano, combinando aspectos de saúde física e mental com outros fatores sociais e ambientais que contribuem para a felicidade e a qualidade de vida.

Sustentabilidade é um conceito que precisa ser incorporado na rotina das instituições, principalmente as da área de saúde pública que lidam com escassez de recursos e uma crescente demanda, portanto o Poder Público deve reconhecer seu papel de fomentador de políticas ambientalmente sustentáveis, em razão do expressivo volume de aquisições e contratações de serviços e obras públicas (Andrade, 2021).

O tema sustentabilidade no serviço público vem ganhando espaço, principalmente na implementação de infraestrutura e de gestão racional de recursos. A exemplo disso, a Lei 8.666/1993, que é a norma geral de licitações e contratos administrativos, foi alterada pela Lei 12.249/2010, passando a incluir como objetivo das licitações públicas a promoção do desenvolvimento nacional sustentável. A par disso, a legislação brasileira vem nos últimos anos se amoldando aos novos paradigmas da sustentabilidade com vistas a criar na Administração Pública uma cultura de sustentabilidade em suas ações rotineiras, bem como estabelecendo as contratações sustentáveis como objetivo e princípio a ser perquiridos. (Andrade, 2021)

Portanto o aperfeiçoamento das políticas públicas se faz necessário, reforçando cada vez mais a necessidade de se trazer essa dimensão da sustentabilidade para o planejamento e execução das ações dessas políticas, trazendo assim maior resolutividade e economia ao serviço público, além de maior qualidade do mesmo e satisfação ao usuário, neste caso, do sistema de saúde.

3.3 FERRAMENTAS EPIDEMIOLÓGICAS

Os problemas ambientais atuais e conseqüentemente, os efeitos à saúde das populações precisam ser debatidos pela sociedade para gerar e implementar a necessária prevenção e correção por meio de ações para minimizar ou controlar os riscos e introduzir medidas de controle e de monitoramento. As ações preventivas são mais efetivas a longo prazo já que atuam diminuindo ou eliminando as causas do problema. Os indicadores são usados para monitorar o progresso nas distintas dimensões, tornando-se também ferramentas de apoio aos gestores e tomadores de decisões (responsáveis pela elaboração de políticas em todos os níveis), além de serem orientadores para que se mantenha o foco em direção ao desenvolvimento sustentável (Garcia e Guerreiro, 2006).

Segundo Van Bellen (2006), o objetivo dos indicadores é agregar e quantificar informações de modo que sua significância fique mais aparente, simplificando as informações sobre fenômenos complexos, buscando assim a melhoria do processo de comunicação.

Amaral (2009) distinguiu 12 propriedades desejáveis em indicadores, como está descrito no Quadro 3:

QUADRO 3: Propriedades dos indicadores.

RELEVÂNCIA SOCIAL	SENSIBILIDADE
VALIDADE	COMUNICABILIDADE
CONFIABILIDADE	FACTIBILIDADE
INTELIGIBILIDADE	PERIODICIDADE
COBERTURA	DESAGREGABILIDADE
HISTORICIDADE	ESPECIFICIDADE

Fonte: A autora (2024) baseado em Amaral (2009).

Guimarães e Feichas (2009) resumem quatro características para que seja possível reiterar um indicador com instrumento de processo de mudança:

Mensurar diferentes dimensões de forma a aprender a complexidade dos fenômenos sociais; possibilitar a participação da sociedade no processo de definição do desenvolvimento; comunicar tendências, subsidiando o processo de tomada de decisões; e relacionar variáveis, já que a realidade não é linear nem unidimensional (Guimarães e Feichas, 2009).

No mundo atual as mudanças na pirâmide populacional são destacadas pelo envelhecimento da sua população, e as políticas públicas desenvolvidas para essa população idosa deve integrar todos os setores públicos para resultar em ações de qualidade e efetividade que impactem positivamente na saúde e qualidade de vida desse idoso. E assim também se ressalta a importância da inclusão dos indicadores de sustentabilidade nas ações do SUS

voltadas para a atenção à pessoa idosa, conforme salienta Veiga (2020):

A Saúde Coletiva se propõe a utilizar como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Além disso, abre-se às contribuições de todos os saberes - científicos e populares - que podem orientar a elevação da consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Assim, os movimentos como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis, saúde em todas as políticas compõem as estratégias da Saúde Coletiva (Veiga, 2020).

A falta de mecanismos de monitoramento da implementação e avaliação dos resultados dos investimentos neste setor é um problema inerente à consolidação das políticas de saúde do idoso no Brasil. Mesmo sendo considerado pioneiro na criação de leis e políticas públicas que visam à proteção social da pessoa idosa, nosso País tem dificuldades em monitorar e avaliar estas medidas pela ausência de indicadores sensíveis. Considerando as recentes iniciativas do Ministério da Saúde, os avanços, em sua maioria, constituíram-se em iniciativas pontuais, resultantes de pesquisas específicas e estudos de casos. Ainda que haja produção regular de dados, não há equivalente regularidade de análise orientada para as necessidades da gestão. (Romero *et al*, 2018).

O próprio Ministério da Saúde identifica alguns dos limites dessas iniciativas: a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; a ênfase em variáveis relacionadas a processo; avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas (Felisberto, 2006).

A disponibilização de dados de qualidade, acessíveis, atualizados, confiáveis e desagregados, baseados em fontes oficiais nacionais, é condição imprescindível para a produção periódica de indicadores (Brasil, 2018)

O Sistema de Indicadores para Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso (SISAP-Idoso) foi lançado em 2011, pelo Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LIS-ICICT/Fiocruz) para suprir esta dificuldade. (Romero *et al*, 2018)

Ainda nesse contexto, os autores apresentam a Matriz Conceitual por Dimensões de

Saúde do SISAP-Idoso utilizada para o diagnóstico da situação de saúde da população idosa, imprescindível para se planejar adequadamente ações de saúde. A base dessa Matriz é que somente com informação adequada sobre os fatores que influenciam a situação de saúde dos idosos é possível realizar a formulação e o acompanhamento de políticas e programas de saúde. Ou seja, na perspectiva da saúde enquanto o estado de completo bem-estar físico, mental e social o acompanhamento do sucesso de políticas e programas de saúde depende de um diálogo com as condições gerais de saúde da população que pretende afetar. Esta matriz é composta por quatro grandes dimensões que são subdivididas em áreas. Os indicadores calculados são alocados de acordo o tema ao qual estão relacionados, conforme descrito no Quadro 4 abaixo (Romero *et al*, 2018):

QUADRO 4: Divisão das dimensões do SISAP-Idoso

1. Determinantes da saúde	<ul style="list-style-type: none"> a. Indicadores contextuais e ambientais b. Indicadores socioeconômicos e de fragilidade social c. Indicadores demográficos d. Indicadores comportamentais
2. Condições de saúde dos idosos	<ul style="list-style-type: none"> a. Indicadores de bem-estar b. Indicadores de estado funcional c. Indicadores de morbidade <ul style="list-style-type: none"> i. Mortalidade por causa
3. Serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a. Indicadores de efetividade <ul style="list-style-type: none"> i. Causas evitáveis de mortalidade ii. Causas evitáveis de internação b. Indicadores de acesso <ul style="list-style-type: none"> i. Cobertura vacinal ii. Cobertura de PACS e ESF iii. Assistência farmacêutica iv. Direito da pessoa idosa c. Indicadores de adequação d. Indicadores de financiamento
4. Qualidade da informação	<ul style="list-style-type: none"> a. Indicadores de qualidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) b. Indicadores de qualidade do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

Fonte: Romero *et al*, 2018.

A produção dos indicadores para os ODS, por sua vez, ainda se apresenta como um grande desafio para o país, tanto pela quantidade, como por sua diversidade. Embora o Brasil disponha de fontes de dados sólidas, de boa qualidade e com adequado nível de desagregação,

a Agenda 2030 exige combinações de informações para além deste setor, o que aumenta a dificuldade do processo. A informação pulverizada e, por vezes, irregular de alguns dados das produções pode ser citada como quesito central a ser observado para a produção desses indicadores e, conseqüentemente, o monitoramento das metas (Cruz et al, 2022).

3.4 IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS NO SEGMENTO DA PESSOA IDOSA EM PERNAMBUCO

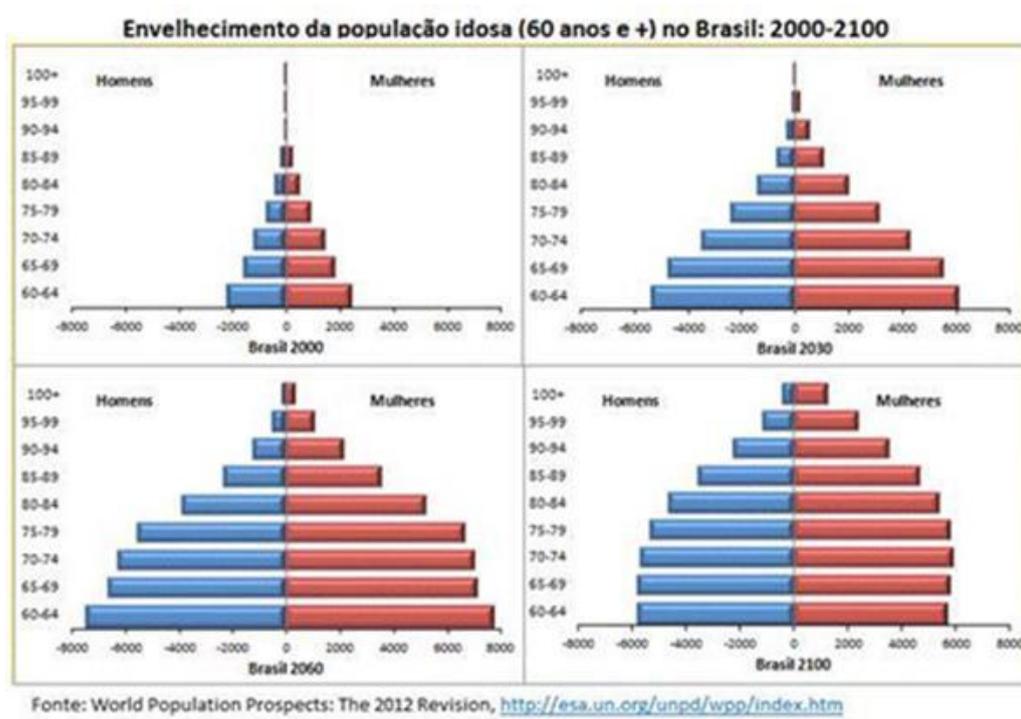
O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial, e foi um fenômeno iniciado nos países desenvolvidos com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade e o conseqüente aumento da expectativa de vida. No Brasil, assistiu-se, no final do século XX, a um verdadeiro aumento no número de idosos, trazendo assim um forte impacto sobre as demandas sociais, como as de educação e emprego, saúde e previdência social (Lima-Costa *et al* 2000; MS, 2020).

E o envelhecimento populacional traz uma discussão do que é ser idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos (Pereira, Curioni e Veras, 2003, OPAS, 2005). Escorsim (2021) destaca que:

O processo de envelhecimento extrapola a condição de mero ciclo biológico condicionado no tempo para ser entendido como fenômeno humano e social, multifacetado por expressões sociais e múltiplas significações culturais construídas na sociedade, que só adquirem inteligibilidade quando pensadas a partir de um determinado modo de produção, neste caso, o modo de produção capitalista. Nessa direção, é possível entender o lugar social dos membros de uma sociedade a partir de suas posições diante dos meios de produção fundamentais existentes, calcados na propriedade privada destes (Escorsim, 2021).

Na Figura 7 observa-se o envelhecimento da população idosa no Brasil em quatro cortes: anos 2000, 2030, 2060, 2100.

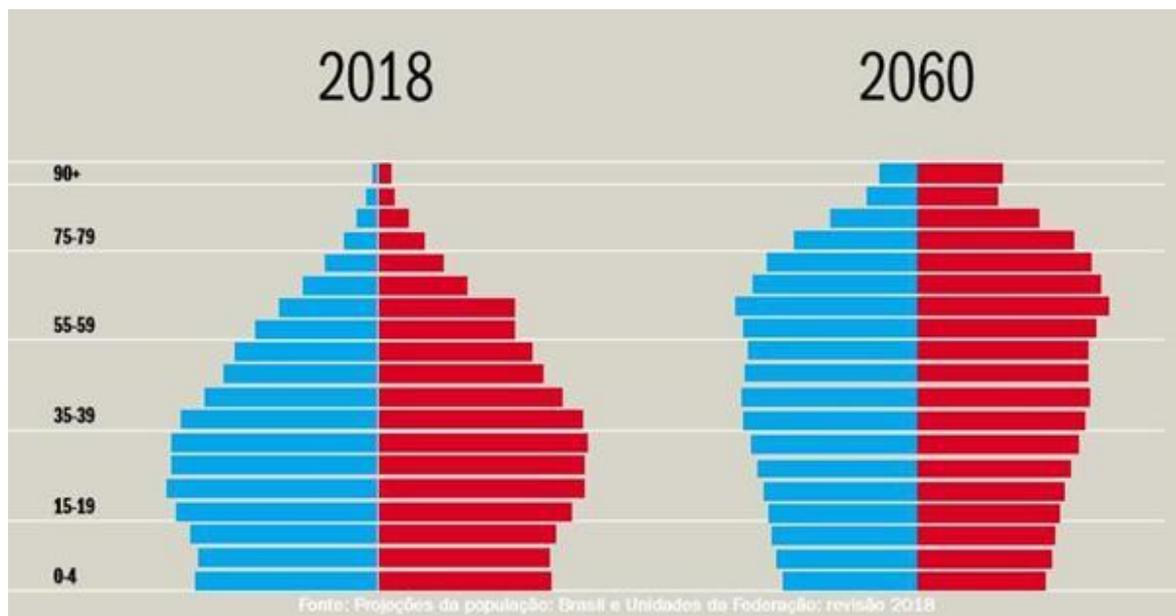
FIGURA 7: Envelhecimento da população idosa no Brasil (2000-2100)



Fonte: <https://population.un.org/wpp2019/>

No estado de Pernambuco, a expectativa de vida ao nascer está em torno de 67,52 anos, pouco abaixo da média da Região Nordeste (69 anos), chegando a 71,08 anos para as mulheres, segundo o IBGE (2006). Para Lourenço et al (2005), o sistema de saúde não está preparado para atender a demanda crescente desse grupo populacional com mais de 60 anos de idade, pois a deficiência no atendimento ambulatorial e domiciliar ainda leva muitos idosos a terem seu primeiro atendimento em uma unidade hospitalar quando já se encontram em estágios avançados de doença, aumentando os custos e diminuindo as chances de um melhor prognóstico. Desta forma, o envelhecimento populacional produz impacto direto nesses serviços, uma vez que os idosos apresentam mais problemas de saúde, gerando gastos elevados com sua atenção sem necessariamente alcançar melhoria da qualidade de vida e recuperação de sua saúde (Figura 8).

FIGURA 8: Projeção da população brasileira (IBGE)



Fonte: <https://educa.ibge.gov.br/professores/educa-atividades/20818-producao-textual-o-envelhecimento-o-da-populacao.html>

Esse aumento acelerado da população idosa brasileira traz uma preocupação quanto à elaboração de novas políticas públicas, fazendo-se necessário, portanto, conhecer o perfil desse grupo etário para o planejamento das ações de saúde de que será alvo (Coelho Filho; Ramos, 1999; Loyola Filho *et al*, 2004).

O contínuo crescimento do número de idosos no Brasil é um fenômeno conhecido, o que não ocorre com uma mudança que vai ocorrer dentro do grupo do topo da pirâmide populacional, já que a população brasileira vai envelhecer, mas também terá uma maior população idosa com uma estrutura etária mais envelhecida. Dos 75 milhões de pessoas com 60 anos e mais previstos para 2100, apenas 15% estará com idade entre 60 e 64 anos, enquanto 39% estarão com 80 anos ou mais. Assim sendo, o País precisa se preparar para uma situação em que haverá mais idosos, mas também mais idosos “longevivendo” no topo do topo da pirâmide populacional (Alves; Nogueira, 2022).

Na Figura 9 observa-se o folheto Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB 2011), publicação do Ministério da Saúde que aborda o tema do envelhecimento da população brasileira à luz dos resultados do Censo Demográfico 2010. O tema escolhido evidencia a importante relação entre demografia e saúde, e o envelhecimento traz uma série de desafios para a sociedade e para o SUS.

FIGURA 9: Relatório IDB 2011



Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/folder.htm>

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), criado em 1991 para substituir o Sistema Nacional de Controle de Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), é um importante campo de investigação para análises epidemiológicas. Por meio dele, é possível a elaboração de indicadores úteis para a monitoração e avaliação da assistência à saúde, da estrutura dos serviços e da política médico-assistencial, facilitando a avaliação de desempenho de unidades, acompanhamento de alguns números absolutos, avaliação da cobertura da rede hospitalar e priorização de ações de caráter preventivo (Loyola Filho et al, 2005; Carvalho, 1997). O SIH/SUS utiliza a autorização de internação hospitalar (AIH) como instrumento de coleta de dados, classificada em dois tipos-modelos: AIH 1 (normal); e AIH tipo 5 (de longa permanência). A AIH tipo 1 dispõe de dados de identificação do paciente, de registro dos procedimentos médicos e dos serviços de diagnóstico e terapia a que o paciente foi submetido e é indicada para a análise do perfil das internações hospitalares (Meneghell; Armani; Rosa, 1997; Lessa *et al*, 2000).

A avaliação contínua do perfil de saúde bucal dessa população é necessária para o planejamento, as intervenções adequadas e a avaliação do efeito final dos programas de saúde bucal para toda população (WHO, 2013). Entretanto, os levantamentos de saúde bucal

realizados no Brasil têm produzido informações apenas para a faixa etária de 65 a 74 anos, deixando uma lacuna sobre o perfil de saúde bucal relativa aos grupos etários abaixo de 65 anos e acima de 74 anos de idade (Andrade *et al*, 2018).

Entre os idosos acima de 65 anos, o Brasil ainda apresenta prevalência de edentulismo dentre as mais altas do mundo, sendo superada apenas pela Turquia com 67% (2007) e por Portugal com 70% (2000). No outro extremo, Estados Unidos, Austrália, Noruega e França, apresentam as menores prevalências de perdas, variando de 16% a 24%, considerando-se apenas estudos de abrangência nacional realizados a partir do ano 2000. As desigualdades regionais das perdas dentárias são marcantes, principalmente entre jovens e adultos. De maneira geral, residentes nas capitais e interiores das regiões Norte e Nordeste apresentam maiores perdas se comparados aos das regiões Sul e Sudeste, que são reflexo da diferença da cobertura de reconhecidas medidas preventivas de perdas dentárias de caráter populacional nas diferentes regiões (Peres *et al*, 2013).

É crucial que ampliemos o conhecimento sobre a Saúde Bucal do Pernambucano para que haja melhora na qualidade de vida deste idoso. É extremamente necessário o empenho da classe odontológica no fomento, organização e realização de pesquisas nessa área, e que estas gerem ações para o aumento do acesso aos serviços, no caso desta pesquisa, de reabilitação protética por meio dos LRPD's, impactando a saúde desse idoso do estado de Pernambuco.

4 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo principal do trabalho, foi realizada pesquisa teórica e empírica, de caráter exploratório-descritivo, com ampla pesquisa e posterior análise de conteúdo bibliográfico e documental e de dados secundários obtidos referentes aos serviços de saúde bucal nos municípios do estado de Pernambuco que atendem o usuário do segmento da pessoa idosa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada foi de caráter quantitativo de acordo Gil (2008) e se enquadra em um estudo exploratório e transversal. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas Bases de pesquisa como Scielo, Pubmed, ScienceDirect e nos repositórios e páginas oficiais do Governo Brasileiro.

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou dados secundários do banco de dados da Secretara Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) relativos aos idosos com 60 anos ou mais (faixa etária escolhida por ser a referenciada pelo Ministério da Saúde como população de idosos). Foi realizado um levantamento de dados de abrangência nacional, com representatividade para as cidades do estado de Pernambuco que possuíam serviço de atendimento ao idoso em saúde bucal (LRPD), nas doze Regionais de Saúde (GERES) do estado, de acordo com a divisão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O período da pesquisa foi definido em 10 anos, do ano de 2010 a 2019.

4.2 FONTE DE DADOS

Foram analisados dados de 10 anos, isto é, de 2010 a 2019 considerando as seguintes variáveis: produção de próteses dentárias (PROD) por ano, instalação das próteses (INST) por ano e reembasamento (REEM) por ano, para as 12 GERES que foram classificadas para análise estatística.

Os dados utilizados para a efetivação da presente proposta foram obtidos no TabNet (Sistema de Informação Ambulatorial) na página da Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco (endereço: [SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - TABnet \(saude.pe.gov.br\)](http://SECRETARIA_DE_SAÚDE_DE_PERNAMBUCO_-_TABnet(saude.pe.gov.br))) (Figura 10).

FIGURA 10: página da SES/PE hospedado o Tabnet.

The screenshot shows the Tabnet interface for the 'PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PROCEDIMENTOS DA TABELA UNIFICADA'. The header includes 'SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE' and the 'tabnet' logo. The main content area contains several selection menus:

- PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PROCEDIMENTOS DA TABELA UNIFICADA**: Includes dropdowns for 'Mês Competen', 'Ano Competen', 'Mês Atendimento', 'Ano Atendimento', 'Linha', 'Coluna', 'Não ativa', 'Mês Competen', 'Ano Competen', 'Mês Atendimento', 'Conteúdo', 'Frequencia', 'VI.Aprovado', 'Qtd.Apresentada', and 'VI.Apresentado'.
- PERÍODOS DISPONÍVEIS**: A dropdown menu showing 'Jun/2024', 'Mai/2024', 'Abr/2024', and 'Mar/2024'.
- SELEÇÕES DISPONÍVEIS**: Includes a dropdown for 'BPA-C/BPA-I/APAC' and a 'Procedimento' dropdown with a list of categories: '0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO PRIMARIA', '0101010028 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIALIZADA', and '0101010036 PRATICA CORPORAL / ATIVIDADE FISICA EM GRUPO'.

Fonte: <https://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsia08/prodpe.def>

No TabNet foi selecionado o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) que é o sistema de informação onde a Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada está disponível para consulta pública. Foram selecionados os seguintes campos: na seleção “LINHA” foi selecionado o “MUNICÍPIO ESTABELECIMENTO”; na seleção “COLUNA” foi selecionado “IDADE PACIENTE”; e na seleção “CONTEÚDO” foi selecionado a “FREQUÊNCIA”. Em seguida, foram selecionados os “PERÍODOS DISPONÍVEIS” em etapas de 12 meses (anuais) de todos os anos do período pesquisado.

Na seleção “BPA-C/BPA-I/APAC” (tipos de formulários/boletins de produção ambulatorial onde os municípios registram os procedimentos executados a cada mês) foi selecionado “Todas as categorias” e no campo de seleção “PROCEDIMENTO” foram selecionados primeiramente os códigos referentes aos tipos de prótese dentária produzidos, todos juntos, que foram: 0701070099 (Prótese Parcial Removível Mandibular), 0701070102 (Prótese Parcial Removível Maxilar), 0701070129 (Prótese Total Mandibular), 0701070137 (Prótese Total Maxilar), 0701070145 (Prótese Coronária/intra-radicular fixa/adesivas - por elemento); chegando assim aos dados de produção de próteses dentárias no estado de Pernambuco ano a ano, por municípios e faixas etárias.

Em um segundo momento, na seleção “PROCEDIMENTO” foi selecionado o código 0307040089 (Reembasamento e conserto de Prótese Dentária), por municípios e faixas etárias. Esses dados são relevantes para esse estudo porque demonstram a necessidade de retrabalho no serviço de saúde bucal do idoso, ou seja, de ser refeita essa prótese por não estar bem adaptada

ao paciente, o que resulta em maior custo financeiro e geração de resíduos, o que precisamos considerar para a análise da sustentabilidade da Política de Saúde Bucal no serviço dos LRPD.

Em um terceiro momento, na seleção “PROCEDIMENTO” foram selecionados os códigos 0307040160 (Instalação de Prótese Dentária, utilizado a partir do ano de 2013) e 0307040038 (Instalação e adaptação de Prótese Dentária, utilizado até o ano de 2013). Convém registrar que, no período de 2010 a 2013, esses códigos, respectivamente 0307040160 (Instalação de Prótese Dentária, utilizado a partir do ano de 2013) e 0307040038 (Instalação e adaptação de Prótese Dentária, utilizado até o ano de 2013) e 0307040089 (Reembasamento e conserto de Prótese Dentária), eram registrados num formulário chamado BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado) no qual apenas se registravam os totais de próteses dentárias produzidas mensalmente, sem a diferenciação por faixa etária. A partir de 2014 foram utilizados apenas os formulários BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial- Individualizado), com o qual o município informa sua produtividade por indivíduo (informando nome, número do cartão do SUS, idade, entre outros dados) possibilitando a estratificação dessa informação para a realização dessa pesquisa.

Com essas seleções foram geradas tabelas em “.CVS” e posteriormente convertidas em planilhas do programa Microsoft Excel e foram iniciadas as análises dos dados.

Por último, foram tabulados quais municípios pernambucanos informaram suas produções no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), no período escolhido, agrupados por GERES, gerando também uma tabela em Microsoft Excel.

Uma análise descritiva foi realizada para avaliar a distribuição das variáveis de oferta de serviços de atenção ao idoso, na quantidade de idosos atendidos, bem como a localização geográfica desses serviços no estado de Pernambuco, distribuição nas macrorregiões e a evolução ao longo do período, tanto no número de serviços e municípios atendidos por essa política pública quanto no processo de interiorização do acesso aos LRPD.

No Quadro 5 temos a classificação das GERES de Pernambuco usada nas análises estatísticas.

QUADRO 5 – Classificação das GERES de Pernambuco para análise estatística

Tratamentos	Nomes das GERES
01	I GERES (RECIFE)
02	II GERES (LIMOEIRO)
03	III GERES (PALMARES)
04	IV GERES (CARUARU)
05	V GERES (GARANHUNS)
06	VI GERES (ARCOVERDE)
07	VII GERES (SALGUEIRO)
08	VIII GERES (PETROLINA)
09	IX GERES (OURICURI)
10	X GERES (AFOGADOS DA INGAZEIRA)
11	XI GERES (SERRA TALHADA)
12	XII GERES (GOIANA)

Fonte: A autora (2024)

Primeiramente, processou-se as estatísticas descritivas para as variáveis consideradas: valores mínimos e máximos, médias aritméticas e coeficientes de variação.

Após foram adicionadas duas novas variáveis: porcentagem de próteses dentárias instaladas e porcentagem de próteses reembasadas, pois as produções são muito variáveis entres as GERES, da mesma forma, para instalação e reembasamento de próteses.

Com estas cinco variáveis foram realizadas as análises estatísticas empregando o desenho experimental multivariado de medidas repetidas ao longo do tempo (Nemec, 1996) considerando um nível de significância de 5% ou 95% de probabilidade.

As análises estatísticas foram realizadas usando o software SYSTAT Demo.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em todo o estado de Pernambuco, que é dividido em 4 macrorregiões de saúde e em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres), nos municípios que possuíam o serviço de reabilitação protética e atendiam à sua população com idade acima de 60 anos. Na Figura 11 observa-se o estado de Pernambuco dividido em suas macrorregiões e os municípios sede das Macrorregiões.

FIGURA 11: Macrorregiões de Pernambuco (2011)



Fonte:

file:///media/removable/SD%20Card/Downloads%20SD/PLANO%20DIRETOR%20DE%20REGIONALIZA%C3%87%C3%83O%202011%20(1).pdf

Pernambuco é um estado situado na região Nordeste do Brasil, com 8.796.448 habitantes, conforme dados do Censo Demográfico de 2020, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse contingente populacional, o segundo maior da Região Nordeste e o sétimo maior do país, corresponde a cerca de 4,6% da população atual do Brasil. Possui densidade demográfica (população relativa) de aproximadamente 90 habitantes por quilômetro quadrado, mas essa população está distribuída de forma desigual, havendo uma grande concentração de pessoas nos centros urbanos próximos ao litoral, enquanto o sertão pernambucano é pouco povoado.

Assim como nos outros estados brasileiros, a maioria da população de Pernambuco reside em áreas urbanas (80%). Recife, capital pernambucana, é a cidade mais populosa, com 1.537.704 habitantes. Existem outros 183 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha, sendo que os mais populosos são: Jaboatão dos Guararapes (644.620), Olinda (377.779), Caruaru (314.912), Paulista (300.466) e Petrolina (293.962). (IBGE, 2023).

Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção

na hora de decidir ações e campanhas (SES/PE, 2022).

Na Figura 12 observa-se as 12 Gerências de Saúde de Pernambuco (GERES), sua localização no estado e os municípios sede de cada uma delas.

FIGURA 12: GERES Pernambuco



Fonte:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_analitico_de_saude_2013_xii_geres.pdf

As GERES são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde criadas para atender às particularidades e necessidades comuns de cada região do Estado a que pertencem. O gerente da GERES é o administrador da unidade administrativa e atua organizando e coordenando as ações de saúde que foram planejadas no âmbito regional, apoiando os municípios da sua GERES, fortalecendo assim as políticas públicas no Estado.

As sedes das Geres estão nos municípios de Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada e Goiana. Cada uma delas é responsável por um determinado número de municípios, englobando as 184 cidades do Estado, mais o Distrito de Fernando de Noronha, como descrito no Quadro 6.

QUADRO 6: Descrição das GERES de Pernambuco (sede, quantidade de municípios, número de habitantes e municípios componentes)

GERES	Sede	Quantidade Municípios	Número Habitantes	Municípios
I	Recife	20	4.116.153	Abreu E Lima, Araçoiaba, Cabo De Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã De Alegria, Glória De Goitá, Fernando De Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão Dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço Da Mata E Vitória De Santo Antão.
II	Limoeiro	20	589.573	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa De Itaenga, Lagoa Do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré Da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente Do Lério, Vicência.
III	Palmares	22	604.678	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém De Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa Dos Gatos, Maraiá, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito Do Sul, São José Da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.
IV	Caruaru	32	1.324.382	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra De Guabiraba, Belo Jardim, Bezerras, Bonito, Brejo Da Madre De Deus, Cachoeirinha, Camocim De São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Pannels, Pesqueira, Poçoão, Riacho Das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz Do Capibaribe, Santa Maria Do Cambucá, São Bento Do Una, São Caetano, São Joaquim Do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga Do Norte, Toritama, Vertentes.
V	Garanhuns	21	534.793	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa Do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.
VI	Arcoverde	13	415.374	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.
VII	Salgueiro	7	144.983	Belém Do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.
VIII	Petrolina	7	475.740	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria Da Boa Vista.
IX	Ouricuri	11	345.311	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.
X	Afogados da Ingazeira	12	187.244	Afogados Da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José Do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama
XI	Serra Talhada	10	234.379	Betânia, Calumbi, Carnaubeira Da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz Da Baixa Verde, São José Do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo
XII	Goiana	10	302.351	Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba.

Fonte: Quadro elaborado pela autora com dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco | Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (saude.pe.gov.br) 2024

4.4 AVALIAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE APLICADA À POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL

Para Moreira et al (2017), a avaliação de sustentabilidade (AS) de políticas se apresenta como uma nova esfera de conhecimento que oferece a possibilidade de identificar as vulnerabilidades dessa política, além da sugestão de instrumentos que, aplicados em estratégias de gestão mais efetivas nos momentos de crise, além de integradoras e longevas.

4.4.1 Método de avaliação do cumprimento de metas do ODS 3 da Agenda 2030 pelo serviço dos laboratórios de prótese dentária (LRPD)

O método utilizado para avaliação da contribuição do serviço dos LRPD, instituídos pela Política Nacional de Saúde Bucal para o cumprimento da meta 3.8 do ODS 3 foi construída por meio da metodologia proposta por Moreira et al (2017) e baseada nos princípios de sustentabilidade de Gibson (2006).

Os critérios de Gibson (2006) são um dos modelos de grande discussão já que possuem, além da perspectiva do triple bottom line (TBL), nomenclatura em inglês para a tríade das dimensões da sustentabilidade (social, ambiental e econômica), um entendimento integrado da sustentabilidade que tenta reduzir conflitos entre as dimensões envolvidas no processo de avaliação (denominados trade-offs).

A maior característica deste modelo é sua praticidade, já que, por meio de perguntas são obtidas informações sobre sustentabilidade, possibilitando a identificação e aprofundamento dos pontos mais críticos encontrados (Gibson, 2006). A execução desse modelo baseia-se em oito critérios, os Princípios de Gibson, pelos quais são elaboradas questões norteadoras para abordar da forma mais ampla possível os aspectos de sustentabilidade. Para Gibson, a utilização destes princípios faz com que o modelo não se limite a avaliação tradicional que classifica a sustentabilidade em seus três eixos (econômico, social e ambiental), mesmo que sejam a sua base, mas também entendendo que os princípios contemplam estes eixos de modo interativo, dando-lhes a devida importância, tanto como para suas relações, além das projeções temporais (Moreira et al, 2017, Chaves et al, 2020).

Segundo Chaves et al (2020), os critérios de Gibson são:

1. Integridade do sistema socioecológico;
2. Recursos suficientes para subsistência e acesso a oportunidades

3. Equidade Intrageracional
4. Equidade Intergeracional
5. Manutenção de recursos naturais e eficiência
6. Civilidade socioambiental e governança democrática
7. Precaução e adaptação
8. Integração entre situação atual e de longo prazo

Moreira et al (2017) explica os critérios de Gibson para nortear a formulação das questões a serem analisadas (Quadro 7):

QUADRO 7: Descrição dos princípios de sustentabilidade de Gibson (2006).

Critério de Gibson	Descrição
1. Integridade do sistema socioecológico	Construir relações entre sociedade e meio-ambiente que estabeleçam e mantenham a integridade dos sistemas em longo prazo, protegendo suas funções ecológicas.
2. Recursos suficientes para subsistência e acesso às oportunidades	Garantir que indivíduos tenham condições suficiente para uma sustentar uma vida digna não comprometendo a capacidade de sustento das gerações futuras.
3. Equidade intrageracional	Garantir que oportunidades suficientes para todo o espectro da sociedade, seja de no âmbito econômico, ou no âmbito de idade.
4. Equidade intergeracional	Garantir que as atividades das gerações atuais não comprometam a qualidade de vida das gerações futuras, possibilitando que ambos cidadãos jovens ou idosos tenham as mesmas oportunidades.
5. Manutenção de recursos naturais e eficiência	Minimizar os impactos sobre os recursos naturais através de inovação tecnológica e estratégias de gestão para mitigar impactos negativos.
6. Civilidade socioambiental e governança democrática	Engajar o público na tomada de decisão, bem como, fomentar lideranças na sociedade que discutam as necessidades e que promova a conscientização de responsabilidade coletiva da comunidade.
7. Precaução e adaptação	Contemplar incertezas, e evitar ações com potenciais riscos que comprometam a sustentabilidade da comunidade. Deve ser realizada uma gestão adaptativa e preventiva, fomentando o aprendizado contínuo.
8. Integração entre situação atual e de longo prazo	Aplicar os princípios de sustentabilidade de modo integrado e transversalmente, sempre buscando benefícios múltiplos.

Fonte: Adaptado pela autora de Moreira et al (2017).

Bega et al (2021) adaptou a metodologia de Gibson para avaliação da ODS 6 estudando dois dos indicadores de acompanhamento do Plano de Recursos Hídricos (PRH) das bacias PCJ para o período 2020 a 2035.

Moreira et al (2017) analisou a Política Nacional de Resíduos Sólidos PNRS utilizando também os critérios de Gibson, com questões chave elaboradas fazendo relação a cada um dos princípios, possibilitando assim avaliação da sustentabilidade dessa política.

Para a avaliação da sustentabilidade do programa Brasil Sorridente, em seu eixo de reabilitação, da população idosa do estado de Pernambuco foram analisados como indicadores

da resolutividade, crescimento e abrangência dessa política no estado, dados da produção de próteses dentárias dos laboratórios LRPD, dados de instalação e reembasamento dessas próteses produzidas, além da quantidade de municípios participantes do programa com serviços de atenção ao idoso em funcionamento em todas as GERES de Pernambuco, como contribuição para o alcance da meta 3.8 do ODS 3 da Agenda 2030. Foram então formuladas questões norteadoras do comportamento da política, atreladas aos princípios de Gibson que mais se relacionam a essa política pública.

O ODS 3 possui 9 metas com ações distintas distribuídas em várias áreas de enfrentamento dos problemas de saúde, podendo citar a mortalidade materna e infantil, combate a AIDS, hepatite, uso de drogas e tabaco, além da melhoria da qualidade de vida na meta 3.8, que foi escolhida em função da aderência do serviço dos laboratórios de prótese dentária:

“Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (Nações Unidas, 2024).

A matriz são os critérios de Gibson e, tal qual Moreira et al (2017), Chaves et al (2020) e Bega et al (2021) fizeram adaptações em seus trabalhos, essa pesquisa, utilizando perguntas norteadoras e os indicadores de produção de próteses dentárias, avaliou o desempenho da política do Brasil Sorridente para alcançar a meta 3.8 do ODS 3.

As questões norteadoras dessa avaliação de sustentabilidade da política Brasil Sorridente, no eixo Reabilitação, para a população idosa de Pernambuco, separadas por princípios aderentes, estão descritas no Quadro 8.

QUADRO 8: Questões postuladas de acordo com os critérios de Gibson (2005) para avaliação de sustentabilidade da PBS.

<p>1. Integridade do sistema socioecológico (A PBS...)</p> <p>a. Prevê a mitigação de impactos socioambientais negativos gerados pelos resíduos sólidos gerados no processo dos LRPD?</p> <p>b. Possui ações de avaliação, análise ou monitoramento dos impactos aos recursos naturais e sociedade, das atividades relacionadas a gestão e gerenciamento de resíduos?</p> <p>c. Contempla todas ou alguma das dimensões de sustentabilidade?</p> <p>d. Possui indicadores de sustentabilidade que norteiem as ações das políticas de saúde bucal e de saúde do idoso?</p>
<p>3. Equidade intrageracional (A PBS...)</p> <p>a. Possui ferramentas para aumentar a visibilidade da população idosa (ações em educação em saúde, por exemplo)?</p> <p>b. Garante que a oferta de próteses dentárias pelos serviços dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e sua consequente reabilitação oral são resolutivas em Pernambuco para melhorar a qualidade de vida dos idosos?</p>
<p>4. Equidade intergeracional (A PBS...)</p> <p>a. Possui análises regulares e monitoramento da população assistida pelo serviço dos LRPD?</p>
<p>5. Manutenção de recursos naturais e eficiência (A PBS...)</p> <p>a. Inclui monitoramento do percentual de retrabalho, através do número de reembasamento, na produção dos LRPD?</p> <p>b. Possui metas de produção ou cobertura populacional?</p>
<p>6. Civildade socioambiental e governança democrática (A PBS...)</p> <p>a. Prevê a participação de ONGs, comitês de usuários ou outros agentes de representação da população?</p> <p>b. Permite a criação e/ou existência de algum órgão para mediar a relação entre usuários (Idosos)?</p> <p>c. Possui algum mecanismo de transparência no processo de governança?</p>
<p>8. Integração entre situação atual e de longo prazo</p> <p>a. A PBS prevê a revisão periódica de suas instruções normativas, metas e adequações e/ou correções necessárias?</p>

Fonte: A autora (2024)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico estão os resultados obtidos, a partir dos dados secundários coletados no sistema SIA-SUS na página da Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco, para verificação da produção e conseqüentemente, do desempenho dos municípios do estado de Pernambuco, no intervalo de tempo da pesquisa, notadamente quanto à agilidade e produtividade na prestação do serviço de reabilitação oral (executado pelos LRPD) à pessoa idosa, como contribuição para o alcance da meta 3.8 do ODS 3 previsto na Agenda 2030.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL DO IDOSO PELOS LRPD (LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA) NAS GERES DE PERNAMBUCO

Para Caraça e Sarti (2013), historicamente o cenário das políticas públicas de saúde bucal no Brasil registra ausência de ações integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento para os problemas bucais da população.

Ainda segundo as autoras, o Programa Brasil Sorridente, como política pública é pautada em acesso universal e igualitário e contempla ações de saúde bucal tendo como um de seus eixos a reabilitação (oferta de condições à reinserção do paciente no convívio social e profissional) e devendo implementar a assistência odontológica com atendimento as demandas locais, compatibilizando com a realidade e contexto regional.

As estatísticas descritivas para todos os dados coletados no TabNet, em conjunto por variável considerada estão na Tabela 3.

TABELA 3. Estatísticas descritivas para todos os dados coletados no TabNet , dos municípios de Pernambuco, em conjunto por variável, 2010-2019.

ESTATÍSTICAS	PROD	INST	REEMB	%INST	%REEMB
Valores mínimos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valores máximos	3525,00	2981,00	1226,00	100,00	96,00
Médias aritméticas	748,27	563,53	158,67	68,43	26,02
Desvios padrões	717,93	577,67	195,36	36,06	20,03
Coefficientes de variação	0,96	1,03	1,23	0,53	0,77

Legenda: PROD= produção, INST= instalação, REEMB= reembasamento, %INST= porcentagem de instalação, %REEMB= percentual de reembasamento.

Observa-se a alta variabilidade dos dados pelos valores dos coeficientes de variação uma vez que as amplitudes dos dados foram muito altas, pois em alguns anos não houve produção e consequentemente, não houve instalações de próteses e reembasamentos.

Esse resultado variável foi presente em todas as GERES de Pernambuco, em graus diferentes.

Realizadas as análises estatísticas, obteve-se o seguinte resultado para produção de próteses (Tabela 4).

TABELA 4. Análise da Variância (ANOVA) para a produtividade de próteses, dados do TabNet, municípios de Pernambuco, 2010-2019.

FV	GL	SQ	QM	F	Pr>F
Tratamentos	11	26116971,87	2374270,17	7,28*	<0,0001
Resíduo	108	35218689,60	326098,98		
Total	119	61335661,47			

Em que: * significativo ao nível de 95% de probabilidade (5% de significância); FV= fontes de variação; GL = graus de liberdade; SQ = Somas de quadrados; QM = Quadrados médios; F = teste de F; Pr>F = probabilidade de rejeitar a hipótese de nulidade.

Observa-se que houve diferenças significativas entre as GERES com relação a produção de peças (próteses dentárias). Aplicando-se o teste de Tukey ao nível de 5% de significância, encontrou-se uma diferença mínima significativa de 853,2 entre a I e a VI GERES, as mais produtivas do estado de Pernambuco. A Tabela 5 mostra os resultados do teste de Tukey para a produtividade de próteses dentárias nas GERES de Pernambuco, no período pesquisado.

TABELA 5. Teste de Tukey para a produtividade de próteses por GERES em Pernambuco, 2010-2019.

GRUPOS	MÉDIAS	GERES
A	1967,8	1
AB	1169,7	6
AB	1137,5	4
BC	786,4	5
BC	739,6	2
BC	654,7	11
BC	607,4	12
BC	534,0	3

BC	529,7	10
BC	405,0	9
C	264,6	7
C	182,8	8

Médias unidas pelas mesmas letras não diferem entre si pelo teste de Tukey ao nível de 5% de significância.

Constata-se que a I GERES (Recife) durante o período de 10 anos foi a que produziu mais próteses dentárias com uma média de 1967,8 próteses por ano, seguida das VI GERES (Arcoverde) e IV GERES (Caruaru) que produziram respectivamente 1169,7 e 1137,5 próteses dentárias. Não houve diferença significativa entre a IV GERES (Caruaru) e VI GERES (Arcoverde) em função da alta variabilidade dos dados.

A amplitude entre a média da I GERES (Recife), a mais produtiva, e da VIII GERES (Petrolina), a menos produtiva, foi de 1785 peças, o que de certa forma se justifica em função das populações das duas GERES, já que a I GERES (Recife) possui 4.116.153 habitantes e a VIII GERES possui 475.740 habitantes.

As GERES V (Garanhuns), II (Limoeiro), XI (Serra Talhada), XII (Goiana), III (Palmares), X (Afogados da Ingazeira) e IX (Ouricuri) apresentaram produções de próteses dentárias semelhantes, sendo que as GERES VII (Salgueiro) e VII (Petrolina) foram as menos produtivas.

Com relação ao número de próteses dentárias produzidas (números absolutos e percentuais), as análises das variâncias apresentaram os seguintes resultados (Tabelas 6 e 7).

TABELA 6 – Análise da variância para peças produzidas em números absolutos

FV	GL	SQ	QM	F	Pr>F
Tratamentos	11	18637424,03	1694311,28	8,68*	<0,0001
Resíduo	108	21073121,90	195121,50		
Total	119	39710545,93			

TABELA 7 – Análise da variância para peças produzidas em porcentagem

FV	GL	SQ	QM	F	Pr>F
Tratamentos	11	50612,27	4601,11	4,77*	0,0001
Resíduo	108	104151,20	964,36		
Total	119	154763,47			

Observa-se que as duas análises apresentaram valores de F significativos ao nível de 5% de significância. Em função de tais diferenças significativas se aplicou o teste de Tukey ao nível de 5% de significância com as respectivas DMS (Diferença Mínima Significativa) iguais a 660,0 para valores absolutos e 46,4 valores percentuais e se encontrou os seguintes resultados (Tabela 8).

TABELA 8. Teste de Tukey para instalação de próteses produzidas em valores absolutos e percentuais

INSTALADOS			PORCENTAGEM DE INSTALADOS		
GRUPOS	MÉDIAS	GERES	GRUPOS	MÉDIAS	GERES
A	1362,6	1	A	97,7	4
AB	1121,1	6	A	95,6	6
AB	1091,6	4	AB	88,9	2
BC	688,1	2	AB	81,3	12
BC	498,2	12	AB	80,0	7
C	431,6	5	AB	76,5	1
C	405,6	11	ABC	62,0	5
C	348,2	10	ABC	58,4	8
C	264,6	7	ABC	55,0	10
C	238,2	3	ABC	52,4	11
C	160,4	9	BC	43,4	3
C	152,1	8	C	30,0	9

Médias unidas pelas mesmas letras não diferem entre si pelo teste de Tukey ao nível de 5% de significância.

Em termos absolutos as GERES que produziram mais próteses foram as que mais instalaram, o que era esperado. A GERES IV (Caruaru) e a VI GERES (Arcoverde) foram as mais efetivas praticamente nas duas situações. Entretanto, a I GERES (Recife) que produziu o maior número de próteses teve uma efetividade relativamente baixa quando comparada com estas duas GERES, sendo que ainda ficou abaixo das II GERES (Limoeiro), XII GERES (Goiana) e VII GERES (Salgueiro).

As GERES V (Garanhuns), VII (Petrolina), X (Afogados da Ingazeira), XI (Serra Talhada), III (Palmares) e IX (Ouricuri) apresentaram baixas taxas de instalação de próteses, o

que pode ser justificado pela baixa procura da população ou informação ineficiente da secretaria de saúde.

Com relação ao reembasamento as análises da variância para valores absolutos e percentuais apresentaram os seguintes resultados (Tabelas 9 e 10).

TABELA 9. Análise da variância (ANOVA) para reembasados em números absolutos.

FV	GL	SQ	QM	F	Pr<F
Tratamentos	11	2260613,23	205510,29	9,56*	<0,001
Resíduo	108	2321889,70	21498,98		
Total	119	4582502,93			

TABELA 10. Análise da variância (ANOVA) para reembasados em porcentagem

FV	GL	SQ	QM	F	Pr<F
Tratamentos	11	9190,37	835,49	2,33*	<0,0131
Resíduo	108	38754,80	358,84		
Total	119	47945,17			

Tanto para reembasamento em números absolutos quando em porcentagem, os testes de F indicaram diferenças significativas ao nível de 5% de significância, indicando que para as GERES existem diferenças significativas para reembasamento.

Aplicando o teste de Tukey para as duas análises, encontrou-se valores para as DMS de 219,1 para valores absolutos e 28,3 para valores percentuais. Os resultados estão na Tabela 11.

TABELA 11. Teste de Tukey para reembasamento em valores absolutos e percentuais

REEMBASADOS			% DE REEMBASADOS		
GRUPOS	MÉDIAS	GERES	GRUPOS	MÉDIAS	GERES
A	428,5	1	A	40,3	6
AB	399,4	6	AB	36,0	12
ABC	305,9	4	AB	35,1	4
BCD	204,8	2	AB	32,6	1
CD	126,4	11	AB	30,4	2
CD	119,6	12	AB	28,6	3
D	82,7	5	AB	21,9	11
D	78,9	10	AB	21,5	10
D	62,0	7	AB	18,9	5
D	40,7	3	AB	18,1	7
D	33,4	9	AB	16,5	9
D	25,3	8	B	11,1	8

Novamente observam-se mudanças na classificação entre valores absolutos e percentuais. Nesta situação o que interessa são os menores valores porque significam que poucas pessoas voltaram para reembasamento, ou seja, para novamente passar pelo processo de reabilitação com nova confecção de prótese dentária. Desta forma, a GERES que apresentou melhor resultado foi VIII GERES (Petrolina). Por outro lado, esta GERES foi a que produziu o menor número médio de peças por ano (aproximadamente 183 próteses dentárias) o que provavelmente justifica o baixo retorno para reembasamento.

Os dados coletados no período de 2010 a 2019 de produção de próteses dentárias pelos LRPD do estado de Pernambuco possuem algumas lacunas nas informações (municípios e até GERES inteira sem produção informada). A falta de informação e a inconsistência nos dados registrados no Tabnet sugerem ações de descontinuidade no serviço prestado à população. Municípios que apresentaram produção em um ano e no ano seguinte não apresentam, depois retornando à informação foram observados em todas as GERES ao longo do período.

A falta de informação ou a falta de qualidade e cobertura dos dados informados (possíveis erros e subnotificações) dificultam a análise mais profunda do comportamento da política pública de saúde bucal no estado (Andrade et al, 2020, Souza et al, 2022).

Todas as tabelas foram tratadas da seguinte forma: quando o número de instalações for inferior ao produzido, foram assumidos valores iguais à Produção, ou seja, que teriam sido instalados 100% da produção, entendendo que ocorreu a inconsistência de informação (erro de digitação ou preenchimento do BPA-I), gerando subnotificação dos procedimentos de instalação das próteses dentárias.

Scarparo et al (2015), em trabalho sobre o Brasil Sorridente, analisaram a produção da atenção básica e especializada em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro. Os autores observaram que houve evolução na provisão dos serviços odontológicos na atenção especializada segundo a média dos municípios; observaram também um pequeno aumento nos indicadores de atenção básica e atenção especializada, significando uma ampliação na oferta e provisão de serviço nas três esferas analisadas (atenção básica, atenção especializada e fluoretação das águas) compatível com as diretrizes programáticas da PBS, mas ainda não consideraram expressiva pelo número de municípios ainda não incluído no programa.

5.2 AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 3.8 DO ODS 3 NO SERVIÇO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO PELO SERVIÇO DO LRPD NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Verificou-se a progressão do Programa de Saúde Bucal na Atenção do Idoso, na participação dos municípios pernambucanos e sua compatibilidade com a meta 3.8 da Agenda 2030, como descrito no Quadro 9.

QUADRO 9: Quantidade de Municípios com serviço LRPD em Pernambuco por GERES, 2010-2019.

MUNICÍPIOS COM SERVIÇO LRPD EM PERNAMBUCO, PERÍODO 2010-2019 – COM PRODUÇÃO INFORMADA										
GERES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I	1	4	7	7	6	5	7	5	5	6
II	1	1	1	2	4	5	5	7	8	13
III	1	0	3	4	7	9	9	9	10	9
IV	2	2	5	7	10	11	13	14	15	16
V	0	1	4	8	9	11	13	12	16	19
VI	2	3	7	10	10	7	9	10	10	11
VII	0	0	4	4	4	4	4	4	4	4
VIII	0	0	0	2	4	4	4	3	3	3
IX	1	0	0	4	4	7	8	8	7	8
X	0	0	2	4	4	8	7	7	9	9
XI	0	0	4	5	5	6	7	6	6	7
XII	1	1	2	3	4	7	7	6	7	8

Fonte: Quadro formulado pela autora com dados do **Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA**

Ao observar a Quadro 9, podemos constatar que houve crescimento no número de municípios em todas as GERES de Pernambuco ao longo do período pesquisado, embora com comportamentos diferentes entre elas.

Conforme observado no Figura 13, o comportamento do crescimento do número de municípios pernambucanos que tinham o serviço dos LRPD e atenderam idosos no período 2010-19, foi positivo, com alguns casos a serem observados.

Scarpato et al (2015) identificaram a ampliação do número de municípios que contavam com equipes de saúde bucal e centro de especialidade odontológicas no estado justificando o

aumento das médias dos procedimentos tanto na atenção básica como na atenção especializada em saúde bucal no período pesquisado. Os resultados desse estudo identificaram ampliação da oferta e provisão de serviços odontológicos no estado do Rio de Janeiro, um aumento na provisão de serviços por habitante, porém de forma desigual segundo o porte demográfico dos municípios.

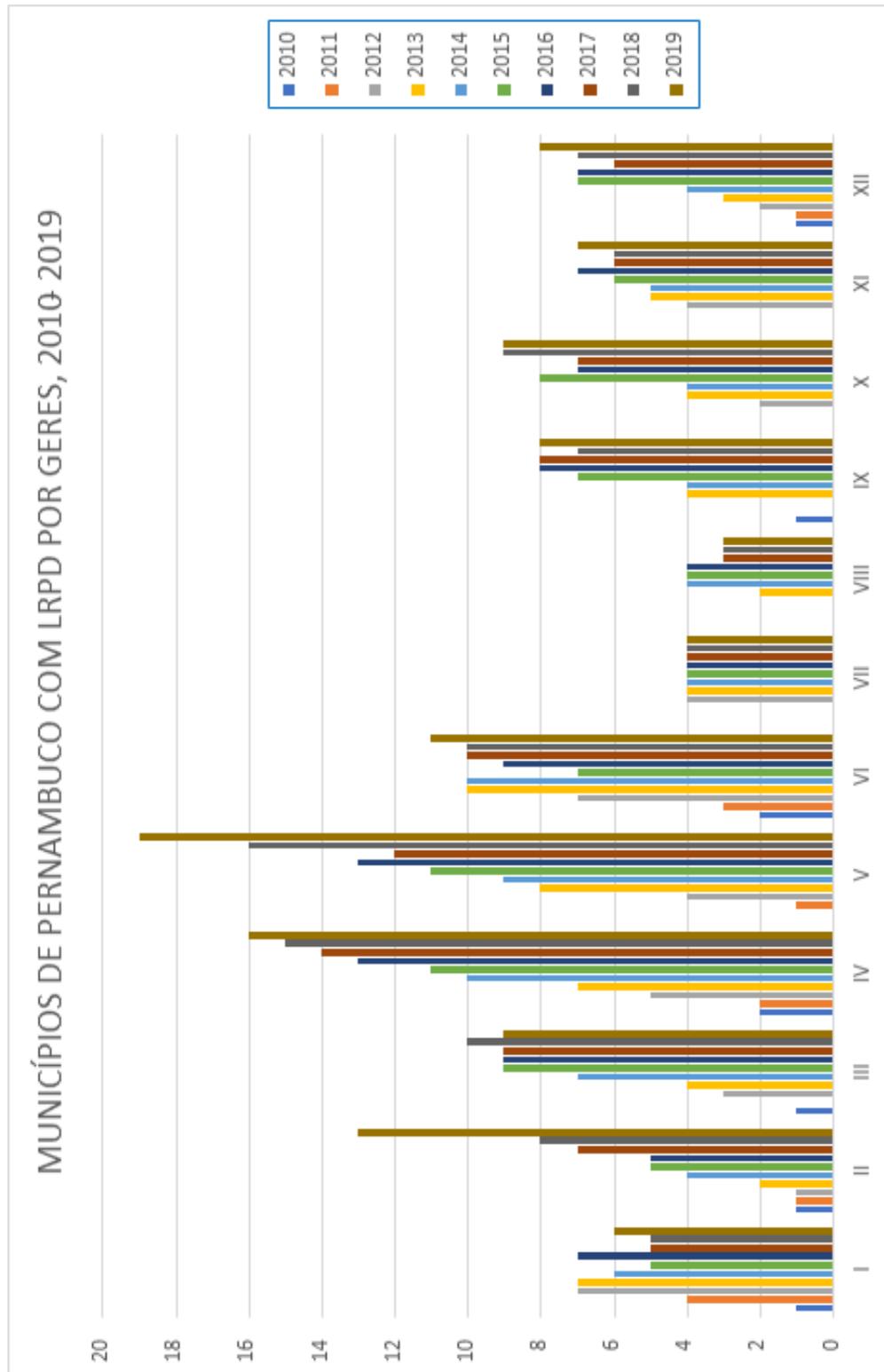
Jaccottet et al (2012) analisaram as necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, e concluíram que o potencial produtivo desse serviço era ainda deficitário para atender todas as necessidades da população.

Carvalho (2017) afirma que a demanda reprimida é resultado de um passado de acesso insuficiente da população aos serviços de saúde, e que é preciso conhecer o diagnóstico atual desta população para realizar uma reavaliação dos programas para alcançar eficácia e eficiência na programação das ações de saúde bucal no município.

No que tange ao financiamento das ações de saúde bucal, antes da implementação do Programa Brasil Sorridente, nenhum recurso do orçamento era reservado para essa finalidade, sendo repassado pela primeira vez em 2005 (aproximadamente 33 milhões de reais) e no ano seguinte, 2006 subiu para algo em torno de 117 milhões de reais, representando uma variação de 248% (Caraça e Sarti, 2013). Em 2023, o programa foi alçado à condição de política pública pela visão de valorização do SUS pelo governo federal que aprovou um orçamento de 3,8 bilhões para 2024, representando um prognóstico bastante positivo para sua manutenção e ampliação (Brasil, 2024).

Para Oliveira (2023) o PBS cumpre com sua aplicabilidade e traz saúde bucal aos cidadãos brasileiros. Embora ainda haja um maior número de usuários para a disponibilidade dos serviços, o que poderia ser resolvido com mais investimento nessa política. O PBS possui desafios a serem reparados, entre eles a necessidade de maior atenção dos governantes.

FIGURA 13: Municípios com LRPD instaladas por GERES, 2010-2019.



Fonte: A Autora (2024) realizado em programa Microsoft Excel com dados do Quadro 9.

Das 12 GERES de Pernambuco, quatro apresentaram anos sem produzir, que são: III GERES (sede Palmares) em 2011, V GERES (Sede Garanhuns) em 2010, VII GERES (Sede Salgueiro) em 2010 e 2011, VIII GERES (Sede Petrolina) de 2010 a 2012, IX GERES (sede

Ouricuri) em 2011 e 2012, e X GERES (sede Afogados da Ingazeira) e XI GERES (sede Serra Talhada) em 2010 e 2011.

Notadamente o exemplo da VII GERES (Sede Salgueiro), que só entrou para o programa com LRPD em 2012 com 4 municípios e manteve esse número até a conclusão da pesquisa, sugere uma investigação do desinteresse dos demais municípios dessa GERES em aderir ao programa e contemplar sua população com a reabilitação oral com próteses dentárias.

O aumento no número de municípios aderindo aos LRPD e com o serviço de atendimento ao idoso no estado de Pernambuco demonstra uma ampliação constatando-se uma maior organização dos serviços de saúde bucal nos municípios pernambucanos, mesmo com algumas possíveis dificuldades na informação dos setores municipais, no período do estudo, refletindo um quadro de gradativa implementação da meta 3.8 da Agenda 2030, apresentando bom alcance em todas as regiões do estado até o ano de 2019, antes do período pandêmico.

5.3 DISCUSSÃO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE

Chacon e Nascimento (2020) dizem que “as relações de poder afetam a definição composição, construção e gestão das políticas públicas”, e até mesmo a compreensão do que são essas políticas e “quais autores tem prerrogativa sobre elas e se apropriam de conceitos essencialmente libertadores”. Isso resulta em relações institucionais e políticas pouco inclinadas a mudanças. À medida que se tem clareza dessa realidade é possível organizar ações que permitam a construção de alternativas possíveis de cenários que traduzam a superação das desigualdades o respeito ao outro e ao meio ambiente dentre tantos outros ideais de mudança.

Analisando a Política Brasil Sorridente (PBS) e procurando nela as respostas às perguntas formuladas na metodologia desta pesquisa, foram obtidos os resultados apresentados no Quadro 10.

QUADRO 10: Avaliação de Sustentabilidade da PBS

Critério avaliado	Pergunta	Resposta
1. Integridade do sistema socioecológico (A PBS...)	a. Prevê a mitigação de impactos socioambientais negativos gerados pelos resíduos sólidos gerados no processo dos LRPD?	NÃO
	b. Possui ações de avaliação, análise ou monitoramento dos impactos aos recursos naturais e sociedade, das atividades relacionadas a gestão e gerenciamento de resíduos?	NÃO
	c. Contempla todas ou alguma das dimensões de sustentabilidade?	NÃO
	d. Possui indicadores de sustentabilidade que norteiem as ações das políticas de saúde bucal e de saúde do idoso?	NÃO
3. Equidade intrageracional (A PBS...)	a. Possui ferramentas para aumentar a visibilidade da população idosa (ações em educação em saúde, por exemplo)?	SIM
	b. Garante que a oferta de próteses dentárias pelos serviços dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e sua consequente reabilitação oral são resolutivas em Pernambuco para melhorar a qualidade de vida dos idosos?	SIM
4. Equidade intergeracional (A PBS...)	a. Possui análises regulares e monitoramento da população assistida pelo serviço dos LRPD?	SIM
5. Manutenção de recursos naturais e eficiência (A PBS...)	a. Inclui monitoramento do percentual de retrabalho, através do número de reembasamento, a na produção dos LRPD?	NÃO
	b. Possui metas de produção ou cobertura populacional?	NÃO
6. Civilidade socioambiental e governança democrática (A PBS...)	a. Prevê a participação de ONGs, comitês de usuários ou outros agentes de representação da população?	NÃO
	b. Permite a criação e/ou existência de algum órgão para mediar a relação entre usuários (Idosos)?	NÃO
	c. Possui algum mecanismo de transparência no processo de governança?	NÃO
8. Integração entre situação atual e de longo prazo	a. A PBS prevê a revisão periódica de suas instruções normativas, metas e adequações e/ou correções necessárias?	NÃO

Fonte: A autora (2024)

Analisando cada critério e suas respectivas questões, aliando aos dados secundários referentes à produção dos LRPD em Pernambuco e o acesso da população Idosa do estado a esse serviço, observa-se que a PBS não tem elementos de convergência com a sustentabilidade ambiental, e que não é uma política que se relacione ou tenha elementos de convergência com o meio ambiente no que se refere a gestão de resíduos e indicadores de sustentabilidade, equidade intergeracional, manutenção de recursos naturais e eficiência, civilidade socioambiental, governança democrática e integração entre a sua situação atual e futura (longo prazo). Salienta-se a ausência de indicadores que se atentem mais especificamente às dimensões ambientais e econômicas, fazendo-se necessária a proposição e utilização de indicadores que preencham as lacunas existentes na avaliação de sustentabilidade segundo o método de Gibson.

5.4 PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO

Ao final, foi elaborado, como produto técnico, um Relatório Técnico, endereçado à Coordenação Estadual de Saúde Bucal, apontando os resultados encontrados, de forma a nortear ações, programas e políticas institucionais voltadas para o alcance da meta 3.8 do ODS 3 da Agenda 2030 na saúde bucal do idoso pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco.

Esse tipo de documento foi escolhido por ser uma ferramenta estratégica que condensa informações importantes em um formato compacto, com capacidade de oferecer uma visão rápida e abrangente do presente estudo, de forma a conquistar a atenção dos gestores e tomadores de decisão quanto ao potencial dos resultados encontrados para a adoção de políticas públicas locais e regionais, que colaborem com a ampliação, implantação e implementação dessa política no estado de Pernambuco.

6 CONCLUSÃO

Identificamos a ampliação na oferta e provisão de serviços odontológicos nos municípios do Estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2019, especificamente da atenção secundária, por meio da adesão os Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD). Verificou-se aumento na provisão de serviços por habitante, porém de forma desigual segundo o porte demográfico dos municípios.

Conclui-se que a Política Brasil Sorridente (PBS) favoreceu a organização dos serviços de saúde bucal nos municípios pernambucanos, embora ainda existam desafios a serem superados, já que o desempenho alcançado pelos serviços de saúde bucal ao idoso, no período do estudo, reflete o panorama atual de crescente implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 e apresenta alcance em todas as regiões do estado, o que permitirá o desenvolvimento de ações e programas institucionais, bem como de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade do serviço de forma mais direcionada, e, conseqüentemente, contribuir para o alcance da referida meta.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. F. de L. Elaboração de indicadores sociais. Minas Gerais, 2009. 50 slides Disponível em: (33) ELABORAÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS | Dalson Figueiredo - Academia.edu
- ANDRADE, F. B. DE.; PINTO, R. DA S.; ANTUNES, J. L. F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00162019, 2020.
- ANDRADE, F.B.de; TEIXEIRA, D.S. da C.; FRAZÃO, P.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; ANTUNES, J.L.F. Perfil de saúde bucal de idosos não institucionalizados e sua associação com autoavaliação da saúde bucal. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2018; 21(SUPPL 2): E180012. SUPPL.2. DOI: 10.1590/1980-549720180012.supl.2
- ANDRADE, M.M. Sustentabilidade e serviço público de saúde: uma interconexão necessária. **Revista de Direito e Sustentabilidade**. Encontro Virtual | v. 7 | n. 1 | p. 135 – 154 | Jan/Jul. 2021.
- ANJOS, R.M. dos; UBALDO, A.A.B. O desporto como elemento indutor da sustentabilidade na sociedade de risco. In: SOUZA, Maria Cláudia da Silva Antunes de; ARMADA, Charles Alexandre. **Sustentabilidade, meio ambiente e sociedade**: reflexões e perspectivas [e-book]. Umuarama: Universidade Paranaense – UNIPAR, 2015. REVISTA DA ESMESC, v.25, n.31, p. 157-178, 2018
- ALVES, J.E.D. Envelhecimento populacional continua e não há perigo de um geronticídio. Artigo eletrônico **LADEM Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais**. UFRJ, 2020. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>
- ALVES, J.E.D.; NOGUEIRA, A.M. O envelhecimento da população idosa no Brasil. Revista eletrônica **Ecodebate**. 2022. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2014/09/19/o-envelhecimento-da-populacao-idosa-no-brasil-p-or-jose-eustaquio-diniz-alves-e-adriano-melo-nogueira/>
- BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.M.; ZANCHET, F.N.; BOING, A.F.; PERES, M.A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1803-1814, ago, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/07.pdf>
- BARBOZA NETO, A. L. **Pensar além do PIB: Mensuração da felicidade no município de Lorena/SP** (2014). 2014. Curso de Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, Universidade Federal do Itajubá, Itajubá, 2015.
- BEGA, J. M. M., BORGES, A. DO V., LAGO, C.A.F. DO, MENDES, J. P., AZEVEDO, P. DE T. DE, SANTOS, J. R. DOS, MARIOSA, D. F. Avaliação da sustentabilidade dos indicadores de saneamento do Plano das bacias PCJ 2020-2035. *Ambiente e Sociedade*, São Paulo, vol. 24, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas [monografia na Internet]. Brasília: MS; 2002. Disponível em: http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/pub_assunto/saude_idoso.htm

_____. Ministério da Saúde. Assuntos; Balanço 2023; Brasil Sorridente. Brasília: MS; 2024. Disponível em: [Brasil Sorridente — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/brasil-sorridente)

_____. Ministério da Saúde. **PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnsb>

_____. **Ministério da Saúde**. Saúde bucal terá orçamento dobrado para o ano de 2024. Notícias. 2023. Disponível em: [Saúde bucal terá orçamento dobrado para o ano de 2024 — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/noticias/2023/04/saude-bucal-ter%C3%A1-or%C3%A7amento-dobrado-para-o-ano-de-2024)

CAMARANO, A. A. O Estatuto do Idoso: avanços com contradições. **Textos para discussão**. Brasília, Rio de Janeiro, IPEA, 2013.

CANTARELLI, D. C. F. **Poder Judiciário e Agenda 2030: análise de desempenho dos Juizados Especiais Cíveis do Estado de Pernambuco para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Dissertação. Instituto Federal de Pernambuco, 2024.

CHAVES, H. P., FERREIRA, D. H. L., SILVA, G. M., GIMENES, M., CARVALHO, R. S., MARIOSA, D. F. **Avaliação de sustentabilidade dos indicadores do plano das Bacias hidrográficas dos rios Piracicaba, Capivari e Jundiá**. II Sustentare – Seminário de Sustentabilidade da PUC-Campinas, 2020.

CARAÇA, B. G.; SARTI, F. M. Avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise de indicadores relativos ao eixo “Promoção e Proteção” da saúde oral no Brasil. VI Congresso de Gestão Pública – Consad. Brasília, 2013.

CARVALHO, D.M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS** 1997;4:7-46.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, 27 (78), 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública** 1999;33(5):445-453.

CRUZ, D. K. A. NÓBREGA, A. A. MONTENEGRO, M. M. S. PEREIRA, V. O. M. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, n. spe1, p. e20211047, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200010.especial>

DE MARCHI, R.J.; LEAL, A.F.; PADILHA, D.M. et al. Vulnerability and the Psychosocial Aspects of Tooth Loss in Old Age: A Southern Brazilian. **Journal of Cross-Cultural**

Gerontology (2012) 27: 239. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9170-5>
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10823-012-9170-5>

ELKINGTON, J. **Sustentabilidade: canibais com garfo e faca**. São Paulo: M. Books. 2012.

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. *Serviço Social & Sociedade*, n. 142, p. 427–446, set. 2021.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência Saúde Coletiva** 2006; 11(3):553-563.

FERREIRA, E.F. Notas sobre os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. 2011; 5(3).

FREITAS, J. **Sustentabilidade: direito ao futuro**. 2. ed. Belo Horizonte, MG: Fórum, 2012.

GARCÍA, S.; GUERRERO, M. Indicadores de sustentabilidad ambiental en La gestión de espacios verdes: Parque urbano Monte Calvário, Tandil, Argentina. **Revista geografia Norte Grande**, jul. 2006, no.35, p.45-57.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, R. P. FEICHAS, S. A. Q. Desafios na construção de indicadores de sustentabilidade. *Ambiente & Sociedade*, Campinas, v. XII, n. 2, p.307-323, jul.-dez, 2009.

HAYNES, D. C. Area Contingency Plan Scorecard. In: **International Oil Spill Conference 2001**, Tampa, Estados Unidos, 2001.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M.T.; BEGA, M.T.S.; HOROCHOVSKI, R.R., SCHWYZER, I. O cuidado como objeto de pesquisa na produção de conhecimento sobre políticas públicas para o envelhecimento. *Século XXI, Revista de Ciências Sociais*, v.9, no 3, Ed. Especial, p.750-778, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236672537459>

IAQUINTO, B.O. A Sustentabilidade e suas dimensões. **Revista da ESMESC**, v. 25, n.31, p. 157-178, 2018. 157 DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p157>

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030 [base de dados na Internet]. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFP_A.pdf

_____. Produção Textual- O Envelhecimento da População. **IBGE Educa**. Revista eletrônica. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/professores/educatividades/20818-producao-textual-o-envelhecime-nto-da-populacao.html>

_____. Brasil/Pernambuco. Site. 2023. Disponível em: [Pernambuco | Cidades e Estados | IBGE](https://pernambuco.ibge.gov.br/Cidades-e-Estados)

JACCOTTET, C. M. G., BARROS, A. J.D., CAMARGO, M. B. J. DE, CASCAES, A. M. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 333-340, jun. 2012.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. *Saúde e Sociedade*, 8(1), 31–48. 1999. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901999000100004>.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. Porto Alegre: Editora UFMG, 1999.

LEFF, E. **A aposta pela vida**. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

LESSA, F.J.D.; MENDES, A.C.G.; FARIAS, S.F.; SÁ, D.A.; DUARTE, P.O.; MELO FILHO, D.A. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do sistema de informações hospitalares – SIH/SUS. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9 (Supl. 1):3-27.

LIMA-COSTA, M.F.F.; GUERRA, H.L.; BARRETO, S.M.; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa Brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9:23-41.

LOURENÇO, R.A., MARTINS, C.S.F., SANCHES, M.A.S., VERAS, R.P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública* 2005;39(2): 311-318.

LOYOLA FILHO, A.I., MATOS, D.L., GIATTI, L., AFRADIQUE, M.E., PEIXOTO, S.V., LIMA-COSTA, M.F. Causas de internações hospitalares entre idosos Brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004;13(4):229-238.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARUCH, A. O. et al. Impacto da prótese dentária total removível na qualidade de vida de idosos em grupos de convivência de Belo Horizonte – MG. *Arquivos em Odontologia*, v.45, nº 2, p.73-80, abr./jun. 2009.

MENDOZA, G.A.; PRABHU, R. Qualitative multi-criteria approaches to assessing indicators of sustainable forest resource management. *Forest Ecology and Management*, v.174, p.329-343, 2003.

MEIRA SAGAZ, S.; KNEIPP, J.M.; LUCIETTO, D.A.; MADRUGA, L.R.R.G. Dimensão Social da Sustentabilidade e Saúde Pública: Um Levantamento Bibliométrico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 73-91, aug. 2018. ISSN 2316-3712. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/410>.

MENEGHELL, S.N., ARMANI, T.B., ROSA, R.S., CARVALHO, L. Internações hospitalares no Rio Grande do Sul. *Informe Epidemiológico do SUS* 1997;6(2):49-59.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira-Thonson, 2002.

MOREIRA, R. M., CETRULO, T.B., MENDIZABAL, A.C., CETRULO, N.M., YOSHII, M.C., MALHEIROS, T.F. Avaliação de sustentabilidade de políticas: estudo de caso da política nacional de resíduos sólidos brasileira. **Revista Gestão & Sustentabilidade Ambiental**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 79 - 96, jul./set. 2017.

MORIN, E. A complexidade e a empresa. In: Audet M e Maloin JL (ed) *The Generation of Scientific, Administrative Knowledge*. Presses de l'Université Laval, Quebec, 1986. *Apud* Ferreira, E.F. Notas sobre os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. 2011; 5(3).

MOYSÉS S.J; GOES, P.S.A. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal** [recurso eletrônico] – São Paulo: Artes Médicas, 2012.

NALINI, J.R. **Ética ambiental**. Editora Millennium, Campinas: 2010.

NARVAI, P.C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. 2011; 5(3).

NEMEC, A, F, L, Analysis of repeated measures and time series: an introduction with forestry examples, *Biometrics Information Handbook* 6, 1996, 83p. Disponível em: [Working Paper 15 \(mendelu.cz\)](#)

NOGUEIRA, M.G.; SOUZA, G.O. de; ROSÁRIO, L.A.S.do. Política Pública de saúde e sustentabilidade socioambiental: gestão social frente à relação sociedade-natureza. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 41-53, 2013. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/757>.

OLIVEIRA, H.K.F.C.L.; RENCK, R.A.O.C.; SILVEIRA, N.D.R. Cidadão idoso: contrapontos entre o Chronos & Kairós. **ANAIS – XV Semana de Gerontologia e Simpósio Internacional de Gerontologia Social: Longevidade como Oportunidade: práxis contemporâneas** Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP e SESC – São Paulo, de 30/09 a 02/10 de 2015 – Local: PUC-Marquês de Paranaguá. P.62-66. Disponível em: <http://www.pucsp.br/semanagerontologia/downloads/anais/TRABALHOS-COMPLETOS-2.pdf>

OLIVEIRA, M.G.L. Políticas Públicas e Idoso. **Portal do Envelhecimento**. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum/eqvspp1.htm>

ONU. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3- Saúde e Bem-Estar**. Site. Disponível em: [Sustainable Development Goal 3: Saúde e Bem-Estar | As Nações Unidas no Brasil](#). 2024.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS; 2005. Disponível em: [Envelhecimento ativo: uma política de saúde \(paho.org\)](#)

PENIDO, A. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. Portal FIOCRUZ. 2018. Acesso em 12 de outubro de 2021. Disponível em: [Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS \(fiocruz.br\)](http://www.fiocruz.br/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus)

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento** [base de dados na Internet] 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>

PERES, M.A.; BARBATO, P.R.; REIS, S.C.G.B.; FREITAS, C.H.S.de M.; ANTUNES, J.L.F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista Saúde Pública** 2013;47(Supl 3):78-89. [SciELO - Brasil - Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672013000300011&lng=pt&tlng=en)

PHILIPPI JR, A.; ROMERO, M.A.; BRUNA, G.C. **Curso de gestão ambiental**. São Paulo: Manole, 2004.

PÓVOAS, M.S. O amor na sociedade de risco: a sustentabilidade e as relações de afeto. In: SOUZA, M.C.S.A.de; ARMADA, C.A. **Sustentabilidade, meio ambiente e sociedade: reflexões e perspectivas** [e-book]. Umuarama: Universidade Paranaense – UNIPAR, 2015.

PUCCA JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100033>

ROMERO, D.E.; CASTANHEIRA, D.; MARQUES, A.P.; MUZY, J.; SABBADINI, L.; SILVA, R.S. da. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, no. 8, Aug. 2018, pp. 2641. Disponível em: [scielo.br/j/csc/a/bwTbmTZYP3f8bNSq4qFfkVR/?lang=pt&format=pdf](http://www.scielo.br/j/csc/a/bwTbmTZYP3f8bNSq4qFfkVR/?lang=pt&format=pdf)

SANTANA, V.G.D.; SANTOS NETO, P.M. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 122-132, jan-mar 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xxTDdQs3NKbSNxzCrDCyXpk/?lang=pt&format=pdf>

SANTIAGO, W.K. **O processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG**. [dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004. Disponível em: [Vista do O processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG \(ufmg.br\)](http://www.ufmg.br/psf/psf-odontologia)

SANTOS, J.S.; BARROS, M.D.deA. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 177-186, set. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000300003>.

SCAPARO, A., ZERMIANI, T. C., DITTERICH, R. G., PINT, M. H. B. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal –Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 409-415.

SCHERER, C.I; SCHERER, M.D.A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista Saúde Pública**. Brasília, 2015; 49:98 Disponível em www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf

SES PE. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Gerências Regionais de Saúde**. 2022. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-d-e-saude>

SOTTO, D.; RIBEIRO, D.G.R.; ABIKO, A.K.; SAMPAIO, C.A.C.; NAVAS, C.A.; MARINS, K.R.de C.; SOBRAL, M. do C.M.; PHILIPPI JR., A.; BUCKERIDGE, M.S. Sustentabilidade urbana: dimensões conceituais e instrumentos legais de implementação. **Estudos Avançados** [online]. 2019, v. 33, n. 97, pp. 61-80. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3397.004>>. Epub 2 Dez 2019. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3397.004>.

SOUZA, G. C. DE A.; MOURÃO, S. A.; EMILIANO, G. B. G.. Série temporal da produção odontológica no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2008-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 1, p. e2021213, 2022.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

UVO BODNAR, R. T.; PASOLD, C. L. O controle judicial de política públicas de saúde do idoso na perspectiva da sustentabilidade em tempo de pandemia. **Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, v. 13, n. 25, p. 111-134, 22 dez. 2021. Disponível em: [Vista do O CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICA PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO NA PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE EM TEMPO DE PANDEMIA](http://abdconstojs.com.br) (abdconstojs.com.br)

VAN BELLEN, H. M. **Indicadores de Sustentabilidade**: Uma Análise Comparativa. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

VEIGA, J.E.da. Saúde e sustentabilidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 303-310, Aug. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.018>.

ZILLOTTO, M.A.B. Ferramenta de Diagnóstico do Desempenho Ambiental e Social Aplicada nas Atividades com Base Florestal. Curitiba: 2003. 44p. Monografia (Especialista em Engenharia Ambiental). Curso de Especialização em Engenharia Ambiental – Departamento de Mecânica – Cefet-PR, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys**: basic methods. 5. ed. Geneva: World Health Organization; 2013.

APÊNDICE A - RELATÓRIO TÉCNICO



A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO PARA O ALCANCE DO ODS 3 EM PERNAMBUCO

CLÁUDIA AMORIM ARAÚJO REIS
DE LACERDA



Recife, 2024.

APRESENTAÇÃO

Este documento constitui o produto técnico da pesquisa de dissertação “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO PARA O ALCANCE DO ODS 3 EM PERNAMBUCO”, realizada pela discente Cláudia Amorim Araújo Reis de Lacerda, sob a orientação do Prof Dr José Antônio Aleixo da Silva e a coorientação da Prof^a Dr^a Marília Regina Costa Castro Lyra a qual foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Ambiental, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão Ambiental do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. METODOLOGIA.....	07
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	07
2.2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	08
3. RESULTADOS.....	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15

1. INTRODUÇÃO

A discussão acerca da sustentabilidade e da sua importância em diversas áreas da sociedade, como uma alternativa para a mitigação da degradação ambiental e recuperação do meio ambiente, e de promover a conscientização das pessoas com relação a preservação do planeta Terra e, da garantia de condições de existência para todos os seres vivos, contempla várias dimensões.

Quando se fala em sustentabilidade lembramos logo do viés ecológico ou ambiental, mas ela engloba, além da questão ambiental, aspectos sociais, culturais e econômicos, em suma, uma conjunção de fatores que está relacionada à ideia de saúde integral.

Por conseguinte, a partir do estudo de cada uma das dimensões da sustentabilidade é possível compreender como a sustentabilidade está em praticamente todas as relações humanas e o quanto a sua presença é de suma importância para que seja possível atingir um meio ambiente ecologicamente equilibrado (Ianquito, 2018).

Pode-se dizer então que as lutas pela conservação ambiental, pela preservação de enclaves naturais e pela redução da poluição perderam o peso relativo, em favor de questões atreladas a aspectos socioeconômicos, como a justiça social ambiental e as melhorias das condições de vida de segmentos sociais desfavorecidos (Phillippi Jr; Romero; Bruna, 2004), que sendo atendidas permitem a sociedade uma maior conscientização e envolvimento com a preservação ambiental.

Saúde e sustentabilidade estão intimamente relacionadas já que, tanto atitudes sustentáveis podem trazer grandes benefícios para a saúde, quanto atitudes saudáveis podem estimular a sustentabilidade.

Reconhecendo a relação entre a saúde e a sustentabilidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu entre os seus 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos em 2015 o seguinte tema: “ODS 3 Saúde e Bem-estar– Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Na atualidade as mudanças na pirâmide populacional, destacadas pelo envelhecimento da população, são seguidas pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, bem particulares da faixa etária maior que 60 anos.

Em nosso País o mesmo fenômeno acontece e o envelhecimento da população brasileira tem sido bastante rápido, trazendo um ônus financeiro ao SUS (Sistema Único de Saúde) e a consequente necessidade dele se adequar a essas novas demandas. Com relação a inserção do segmento idoso, este foi reconhecido e teve seus primeiros direitos sociais assegurados na Constituição

Cidadã de 1988, explícitos no artigo 230, que daria as bases para promulgação da Política Nacional do Idoso.

De acordo com o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) com divulgação em 2018, 75,3% dos idosos do País contam apenas com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O levantamento mostra ainda que 83,1% dos integrantes da terceira idade compareceram a, pelo menos, uma consulta com médico nos últimos 12 meses, mostrando que há preocupação em manter a qualidade de vida (Penido, 2018).

Diante do exposto, reforça-se a importância da inserção da dimensão socioambiental da sustentabilidade nas políticas públicas de saúde bucal do idoso, e que se reforce a íntima relação entre o ODS 3 (Saúde e bem-estar) e a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

É extremamente necessário incluir a dimensão socioambiental da sustentabilidade nas políticas públicas de saúde bucal do idoso por três aspectos importantes: preservação dos recursos naturais, desenvolvimento econômico e valorização humana. Falar em qualidade de vida também é considerar a saúde da boca, afinal, uma boa conduta nesta área pode ter desdobramentos que vão desde a manutenção do bem-estar do indivíduo à melhora de sua autoestima e das suas relações sociais e com o meio ambiente.

A saúde bucal do idoso, muitas vezes negligenciada, pode ter repercussões extremamente relevantes nas relações sociais do indivíduo com mais de 60 anos, que muitas vezes foi vitimado por um processo de mutilação e exclusão ao longo de sua vida, e sua saúde integral tem uma enorme importância na autoaceitação desse idoso.

Com o envelhecimento da população brasileira o uso de prótese dentária se faz necessário. O Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal traz o Projeto SB Brasil 2010 (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal), e informa que 92,7% da população brasileira, na faixa etária de 65 a 74 anos, apresentava necessidade de prótese dentária. Nesta faixa etária apenas 23,5% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior, sendo o maior percentual (31,4%) na Região Nordeste, e o menor (16,5%), na Região Sul (Brasil, 2012). A função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos a saúde de forma ampliada se torna necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

No quadro brasileiro do envelhecimento da população, a saúde bucal apresenta ainda uma alta prevalência de cárie e doença periodontal que, aliadas a políticas

públicas anteriores ao Brasil Sorridente (atual política nacional de saúde bucal, lançado em 2003), que não elegeram adultos e idosos como grupos prioritários (apenas crianças e jovens), transformaram a nossa população com mais de 60 anos em uma população "desdentada".

Assim o edentulismo, que é a ausência parcial ou total de dentes de um indivíduo, e a sua recuperação por meio de próteses dentárias se tornaram um desafio de Saúde Pública no Brasil devido às dificuldades que a falta de dentes traz aos idosos, sejam nutricionais ou psicossociais, e pelo custo financeiro da confecção delas, o que as tornam inacessíveis à população menos favorecida que depende dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD's).

Uma vez que o ODS 3 visa garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas de qualquer idade, garantindo assim uma das dimensões do desenvolvimento sustentável, é importante ter este objetivo nas políticas públicas de saúde bucal do idoso.

Tendo como objeto de estudo os municípios pernambucanos que possuem o serviço de prótese dentária com atendimento aos idosos essa pesquisa intencionou conhecer o tipo de serviço prestado e se eles possuem algum tipo de padrão de atendimento ao longo do estado de Pernambuco, respeitando as características de cada município e região e, acima de tudo, a integralidade da saúde do idoso, melhorando a sua qualidade de vida. E, assim propõe avaliar A Política Nacional de Saúde Bucal, no eixo reabilitação, para a pessoa idosa como contribuição para o cumprimento do ODS 3.

2. METODOLOGIA

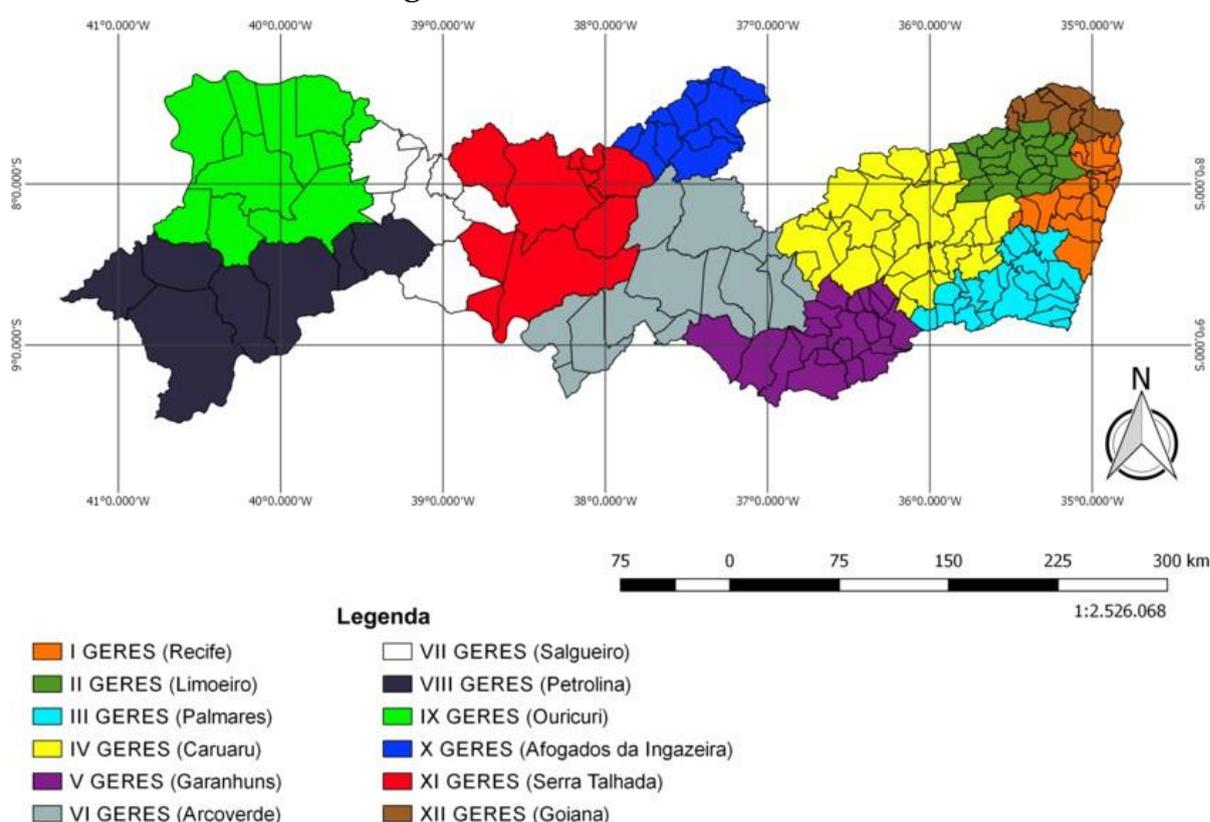
Foi realizada pesquisa teórica e empírica, de caráter exploratório-descritivo, com ampla pesquisa e posterior análise de conteúdo bibliográfico e documental e de dados secundários obtidos referentes aos serviços de saúde bucal nos municípios do estado de Pernambuco que atendem o usuário do segmento da pessoa idosa.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

- A pesquisa foi realizada no estado de Pernambuco, utilizando dados secundários do Tabnet, hospedado na página da Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE, relativos à produção dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, trabalhando os dados do segmento da pessoa idosa.

- Pernambuco é dividido em 4 macrorregiões de saúde e em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) nas quais selecionou-se os municípios que possuíam o serviço de reabilitação protética e atendiam à sua população com idade acima de 60 anos.
- As GERES são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde criadas para atender às particularidades e necessidades comuns de cada região do Estado a que pertencem. O gerente da GERES é o administrador da unidade administrativa e atua organizando e coordenando as ações de saúde que foram planejadas no âmbito regional, apoiando os municípios da sua GERES, fortalecendo assim as políticas públicas no Estado. Na figura 01 temos o estado de Pernambuco dividido por GERES com seus respectivos municípios sede.

Figura 01: GERES Pernambuco



Fonte: [– GERES do Estado de Pernambuco em 2011 | Download Scientific Diagram \(researchgate.net\)](#)

2.2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

- A análise do desempenho dos municípios do Estado de Pernambuco na implementação de política pública, com foco na melhoria da Saúde Bucal da Pessoa Idosa, para o alcance da meta 3.8 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 foi realizada observando as seguintes etapas: 1) identificação dos dados de produção dos LRPD de Pernambuco por GERES e os seus respectivos quantitativos; 2) análise da compatibilidade da política de saúde bucal, o Brasil Sorridente, no eixo reabilitação, com a meta 8 do ODS 3 da Agenda 2030; 3) verificação do alinhamento do ODS com a PBS (avaliação da sustentabilidade da política).
- O método utilizado para avaliação da contribuição do serviço dos LRPD, instituídos pela Política Nacional de Saúde Bucal para o cumprimento da meta 3.8 do ODS 3 foi construída por meio da metodologia proposta por Moreira et al (2017) e baseada nos princípios de sustentabilidade de Gibson (2006).
- Foram analisados os dados do período de 2010 a 2019 e foram verificados o desempenho dos municípios do estado de Pernambuco no eixo reabilitação da PBS, através das variáveis: produção de próteses dentárias, instalação e reembasamento de próteses dentárias, procurando identificar um padrão dos serviços de saúde bucal com atendimento ao idoso.
- Com relação a avaliação da sustentabilidade da política foram formuladas questões norteadoras, segundo o método de Gibson (2005) e essas perguntas foram analisadas na Política Brasil Sorridente e na saúde bucal idoso, a fim de identificar o nível de enquadramento da PBS com o ODS 3 da Agenda 2030.

3. RESULTADOS

São apresentados os resultados obtidos, no intervalo de tempo da pesquisa, notadamente quanto à agilidade e produtividade na prestação do serviço de reabilitação oral (executado pelos LRPD) à pessoa idosa, como contribuição para o alcance da meta 3.8 do ODS 3 previsto na Agenda 2030.

- Constata-se que a I GERES (Recife) durante o período de 10 anos foi a que produziu mais próteses dentárias com uma média de 1967,8 próteses

por ano, seguida das VI Gerês 6 (Arcoverde) e IV GERES (Caruaru) que produziram respectivamente 1169,7 e 1137,5 próteses dentárias. Não houve diferença significativa entre a IV GERES (Caruaru) e a VI GERES (Arcoverde) em função da alta variabilidade dos dados.

- A amplitude entre a média da I GERES (Recife), a mais produtiva, e da VIII GERES (Petrolina), a menos produtiva, foi de 1785 peças, o que de certa forma se justifica em função das populações das duas GERES, já que a I GERES (Recife) possui 4.116.153 pessoas e a VIII GERES possui 475.740 pessoas.
- As GERES V (Garanhuns), II (Limoeiro), XI (Serra Talhada), XII (Goiana), III (Palmares), X (Afogados da Ingazeira) e IX (Ouricuri) apresentaram produções de próteses dentárias semelhantes, sendo que as GERES VII (Salgueiro) e VII (Petrolina) foram as menos produtivas.
- Em termos absolutos as GERES que produziram mais peças foram as que mais instalaram, o que era esperado. A GERES IV (Caruaru) e a VI GERES (Arcoverde) foram as mais efetivas praticamente nas duas situações. Entretanto, a I GERES (Recife) que produziu o maior número de próteses teve uma efetividade relativamente baixa quando comparada com estas duas GERES, sendo que ainda ficou abaixo das II GERES (Limoeiro), XII GERES (Goiana) e VII GERES (Salgueiro).
- As GERES V (Garanhuns), VII (Petrolina), X (Afogados da Ingazeira), XI (Serra Talhada), III (Palmares) e IX (Ouricuri) apresentaram baixas taxas de instalação de próteses, o que pode ser justificado pela baixa procura da população ou informação ineficiente da secretaria de saúde.
- Novamente se observa mudanças na classificação entre valores absolutos e percentuais. Nesta situação o que interessa são os menores valores porque significam que poucas pessoas voltaram para reembasamento, ou seja, para novamente passar pelo processo de reabilitação com nova confecção de prótese dentária. Desta forma, a GERES que apresentou melhor resultado foi VIII GERES (Petrolina). Por outro lado, esta GERES foi a que produziu o menor número médio de próteses por ano (aproximadamente 183 próteses dentárias) o que provavelmente justifica o baixo retorno para reembasamento.
- Os dados coletados no período de 2010 a 2019 de produção de próteses dentárias pelos LRPD do estado de Pernambuco possui algumas lacunas nas informações (municípios e até GERES inteira sem produção informada). A falta de informação e a inconsistência nos dados registrados no Tabnet sugerem ações de descontinuidade no serviço prestado à população. Municípios que apresentaram produção em um ano

e no ano seguinte não apresentam, depois retornando à informação foram observados em todas as GERES ao longo do período.

- A falta de informação ou a falta de qualidade e cobertura dos dados informados (possíveis erros e subnotificações) dificultam a análise mais profunda do comportamento da política pública de saúde bucal no estado (Andrade et al, 2020, Souza et al, 2022).
- Todos os dados foram tratados quando o número de instalações for inferior ao produzido assumiu-se valores iguais à Produção, ou seja, assumiu-se que foram instalados 100% da produção, entendendo que ocorreu a inconsistência de informação (erro de digitação ou preenchimento do BPA-I).
- A partir dos resultados encontrados, verificou-se a progressão do Programa de Saúde Bucal na Atenção do Idoso, na participação dos municípios pernambucanos e sua compatibilidade com a meta 3.8 da Agenda 2030, e podemos constatar que houve crescimento no número de municípios em todas as GERES de Pernambuco ao longo do período pesquisado, embora com comportamentos diferentes entre elas.

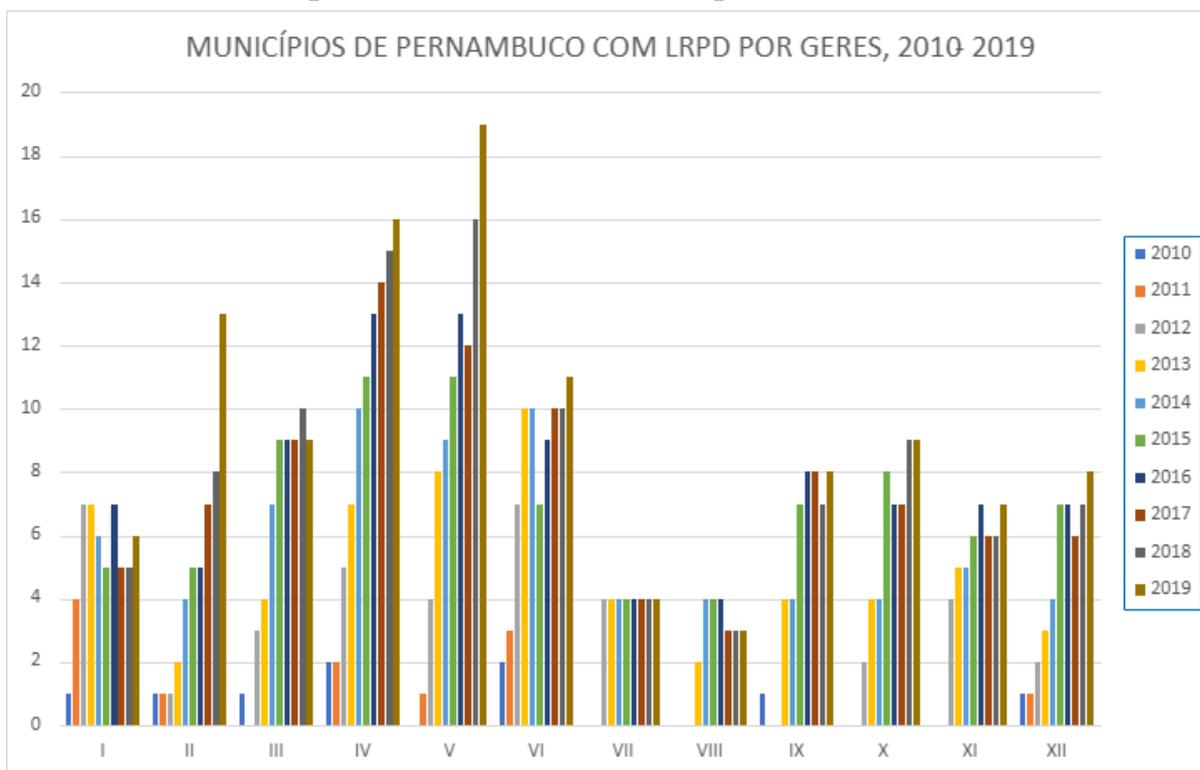
QUADRO 1: Quantidade de Municípios com serviço LRPD em Pernambuco por GERES, 2010-2019.

MUNICÍPIOS COM SERVIÇO LRPD EM PERNAMBUCO, PERÍODO 2010-2019 – COM PRODUÇÃO INFORMADA										
GERES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I	1	4	7	7	6	5	7	5	5	6
II	1	1	1	2	4	5	5	7	8	13
III	1	0	3	4	7	9	9	9	10	9
IV	2	2	5	7	10	11	13	14	15	16
V	0	1	4	8	9	11	13	12	16	19
VI	2	3	7	10	10	7	9	10	10	11
VII	0	0	4	4	4	4	4	4	4	4
VIII	0	0	0	2	4	4	4	3	3	3
IX	1	0	0	4	4	7	8	8	7	8
X	0	0	2	4	4	8	7	7	9	9
XI	0	0	4	5	5	6	7	6	6	7
XII	1	1	2	3	4	7	7	6	7	8

Fonte: Quadro formulado pela autora com dados do **Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA**

- Das 12 GERES de Pernambuco, quatro apresentaram anos sem produzir, que são: III GERES (sede Palmares) em 2011, V GERES (Sede Garanhuns) em 2010, VII GERES (Sede Salgueiro) em 2010 e 2011, VIII GERES (Sede Petrolina) de 2010 a 2012, IX GERES (sede Ouricuri) em 2011 e 2012, e X GERES (sede Afogados da Ingazeira) e XI GERES (sede Serra Talhada) em 2010 e 2011.
- Notadamente o exemplo da VII GERES (Sede Salgueiro), que só entrou para o programa com LRPD em 2012 com 4 municípios e manteve esse número até a conclusão da pesquisa, sugere uma investigação do desinteresse dos demais municípios dessa GERES em aderir ao programa e contemplar sua população com a reabilitação oral com próteses dentárias.

FIGURA 02: Municípios com LRPD instaladas por GERES, 2010-2019.



Fonte: O Autor (2024) realizado em programa Microsoft Excel com dados do Quadro 1

- O aumento no número de municípios aderindo aos LRPD e com o serviço de atendimento ao idoso no estado de Pernambuco mostra-se sendo ampliado, constatando-se uma maior organização dos serviços de saúde bucal nos municípios pernambucanos, mesmo com algumas possíveis dificuldades na informação dos setores municipais, no período do estudo, refletindo um quadro de gradativa implementação da meta 3.8 da Agenda 2030, apresentando bom alcance em todas as regiões do estado até o ano de 2019, antes do período pandêmico.
- Respondendo às questões formuladas na metodologia dessa pesquisa, baseado nos critérios de Gibson (2005) e analisando cada critério e suas respectivas questões, aliando aos dados secundários referentes à produção dos LRPD em Pernambuco e o acesso da população Idosa do estado a esse serviço, observa-se que a PBS não tem elementos de convergência com a sustentabilidade ambiental, que não é uma política relacionada ao meio ambiente no que se refere a gestão de resíduos e indicadores de sustentabilidade, equidade intergeracional, manutenção de recursos naturais e eficiência, civilidade socioambiental, governança democrática e integração entre a sua situação atual e futura (longo prazo).

Salienta-se a ausência de indicadores que se atentem mais especificamente às dimensões ambientais e econômicas, fazendo-se necessária a proposição e utilização de indicadores que preencham as lacunas existentes na avaliação de sustentabilidade segundo o método de Gibson.

- Ao final, foi elaborado, como produto técnico, esse Relatório Técnico, endereçado à Coordenação Estadual de Saúde Bucal, apontando os resultados encontrados, de forma a colaborar para o nortear de ações, programas e políticas institucionais voltadas para a concretização da agenda ambiental pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco.
- Esse tipo de documento foi escolhido por ser uma ferramenta estratégica que condensa informações importantes em um formato compacto, com capacidade de oferecer uma visão rápida e abrangente do estudo realizado, de forma a conquistar a atenção dos gestores e tomadores de decisão quanto ao potencial dos resultados encontrados para a adoção de políticas públicas locais e regionais, que colaborem com a ampliação, implantação e implementação dessa política no estado de Pernambuco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos a ampliação na oferta e provisão de serviços odontológicos nos municípios do Estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2019, especificamente da atenção secundária, por meio da adesão os Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD). Verificou-se aumento na provisão de serviços por habitante, porém de forma desigual segundo o porte demográfico dos municípios.

Conclui-se que a Política Brasil Sorridente (PBS) favoreceu a organização dos serviços de saúde bucal nos municípios pernambucanos, embora ainda existam desafios a serem superados, já que o desempenho alcançado pelos serviços de saúde bucal ao idoso, no período do estudo, reflete o panorama atual de crescente implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 e apresenta alcance em todas as regiões do estado, o que permitirá o desenvolvimento de ações e programas institucionais, bem como de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade do serviço de forma mais direcionada, e, conseqüentemente, contribuir para o alcance da referida meta.

→ Para obter mais informações sobre a pesquisa, acessar o site <https://repositorio.ifpe.edu.br> e consultar pelo título “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO PARA O ALCANCE DO ODS 3 EM PERNAMBUCO”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F. B. DE.; PINTO, R. DA S.; ANTUNES, J. L. F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00162019, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério Saúde; 2012.

IAQUINTO, B.O. A Sustentabilidade e suas dimensões. *Revista da ESMESC*, v. 25, n.31, p. 157-178, 2018. 157 DOI:
<http://dx.doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p157>

PENIDO, A. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. Portal FIOCRUZ. 2018. Acesso em 12 de outubro de 2021. Disponível em: [Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS \(fiocruz.br\)](http://www.fiocruz.br/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus)

PHILIPPI JR, A.; ROMERO, M.A.; BRUNA, G.C. Curso de gestão ambiental. São Paulo: Manole, 2004.

MOREIRA, R. M.; CETRULO, T.B.; MENDIZABAL, A.C.; CETRULO, N.M.; YOSHII, M.C.; MALHEIROS, T.F. Avaliação de sustentabilidade de políticas: estudo de caso da política nacional de resíduos sólidos brasileira. *Revista Gestão & Sustentabilidade Ambiental*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 79 - 96, jul./set. 2017.

ONU. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3- Saúde e Bem-Estar. Site. 2024.