

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

TAISE VERONEZI BASCHIROTTO CROCETA

**SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA: ANÁLISE DOS DADOS
AMBULATORIAIS DE 2008 A 2017**

CRICIÚMA

2022

TAISE VERONEZI BASCHIROTTO CROCETA

**SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA: ANÁLISE DOS DADOS
AMBULATORIAIS DE 2008 A 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane Damiani Tomasi

CRICIÚMA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C937s Croceta, Taise Veronezi Baschirotto.
Saúde bucal em Santa Catarina : análise dos dados
ambulatoriais de 2008 A 2017 / Taise Veronezi
Baschirotto Croceta. - 2022.
65 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo
Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Cristiane Damiani Tomasi.

1. Saúde bucal - Santa Catarina. 2. Saúde bucal -
Prevenção - Santa Catarina. 3. Assistência
odontológica. 4. Atenção em saúde bucal. 5. Política
Nacional de Saúde Bucal. I. Título.

CDD 23. ed. 617.601

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT. Este trabalho foi realizado no cenário de práticas de saúde bucal em Santa Catarina com a análise dos dados ambulatoriais de 2008 a 2017.

Dedico este trabalho a Deus, que me presenteia todos os dias com a beleza da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e filhos, pelo apoio e compreensão em todos os momentos.

Aos meus pais, que sempre apoiaram as minhas escolhas.

A Deus, por sua presença constante em minha vida.

“A persistência é o caminho do êxito” (Charles Chaplin)

RESUMO

Introdução: a atenção primária à saúde tem o intuito de realizar o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde, sendo estabelecido o mais próximo possível de onde vivem e trabalham as pessoas, tornando-se o primeiro elemento constituinte das Rede de Atenção em Saúde. A prevenção, realizada na Atenção Primária em Saúde é a principal estratégia para a universalidade da assistência em saúde bucal. **Objetivo:** analisar os dados ambulatoriais sobre saúde bucal de Santa Catarina, de 2008 a 2017, realizando um comparativo entre as Macrorregiões de Saúde e com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, com o intuito de estabelecer um comparativo e verificar se existe ligação entre esses índices e os resultados ambulatoriais e com os custos dos procedimentos. **Métodos:** um estudo observacional, descritivo e temporal, com abordagem quantitativa. Foram realizados o levantamento, a seleção, a organização e a análise de dados secundários de produção e os gastos dos procedimentos ambulatoriais de saúde bucal com base na fonte de dados DATASUS, do Ministério da Saúde, no período de 2008 até 2017. O levantamento cobriu a totalidade da rede ambulatorial existente e implantada no Estado de Santa Catarina. Os aspectos sociodemográficos do levantamento foram retirados do site do IBGE. As variáveis selecionadas para análise consistem de todos os procedimentos odontológicos, inseridos na “Tabela do SUS” e que já foram informados pelo Estado no sistema DATASUS. Os procedimentos odontológicos foram agrupados nas seguintes categorias: 1) Procedimentos coletivos; 2) Procedimentos individuais preventivos; 3) Odontologia cirúrgica básica; 4) Periodontia; 5) Endodontia; 6) Odontologia cirúrgica especializada; e 7) Moldagem e Manutenção. Dessas categorias, as de 1 a 3 congregam os procedimentos básicos, entre os quais se incluem os de promoção e de prevenção a saúde (1 e 2). As categorias de 4 a 7 agrupam os procedimentos especializados. **Resultados:** observou-se uma tendência de elevação da produção e dos gastos, de 2008 a 2012, e queda nos anos seguintes. A elevação foi maior para os procedimentos especializados, em comparação com os básicos; a queda, entretanto, foi invertida, mais acentuada para os procedimentos básicos. Com a diminuição dos recursos oriundos do Governo federal se priorizou outros setores da atenção em detrimento da saúde bucal, explica-se, dessa forma, a maior redução na atenção primária em saúde bucal em relação à atenção especializada. **Conclusão:** o SIA-SUS mostrou-se uma importante ferramenta de gestão para a avaliação da política de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, especialmente quando associado a outras fontes documentais. Porém, não houve constatação de que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal tem impacto sobre os atendimentos ou os investimentos, mas sim, a situação geográfica de cada Macrorregião de Saúde, em que os locais mais distantes dos centros urbanos possuem menos acesso aos atendimentos.

Palavras-chave: Prevenção; Procedimentos odontológicos; saúde bucal; IDHM.

ABSTRACT

Introduction: primary health care aims to make the first contact with the Unified Health System, being established as close as possible to where people live and work, becoming the first constituent element of the Health Care Network. Prevention, carried out in Primary Health Care, is the main strategy for the universality of oral health care. **Objective:** analyze the dental procedures performed in the State of Santa Catarina between 2008 and 2017, making a comparison between the Health Macro-regions and the Municipal Human Development Index, in order to establish a comparison and verify if there is a link between these indices and the outpatient results and with the costs of the procedures. **Methods:** an observational study, descriptive, and temporal study was carried out, with a quantitative approach. A survey, selection, organization, and analysis of secondary data on production and expenditure of outpatient oral health procedures were carried out based on the data source DATASUS, from the Ministry of Health, from 2008 to 2017. The survey covered the entire existing outpatient network implemented in the State of Santa Catarina. The sociodemographic aspects of the survey were taken from the IBGE website. The variables selected for analysis consist of all dental procedures, entered in the "SUS Table" and which have already been reported by the State in the DATASUS system. Dental procedures were grouped into the following categories: 1) Collective procedures; 2) Individual preventive procedures; 3) Basic surgical dentistry; 4) Periodontics; 5) Endodontics; 6) Specialized surgical dentistry, and 7) Molding and Maintenance. Of these categories, 1 to 3 bring together the basic procedures, including health promotion and prevention (1 and 2). Categories 4 to 7 group specialized procedures. **Results:** there was an upward trend in production and expenditure from 2008 to 2012, and a decline in the following years. The rise was more significant for specialized procedures than more basic ones; however, the drop was reversed, accentuated for basic procedures. With the decrease in resources from the Federal Government, other care sectors were prioritized to the detriment of oral health, which explains the more significant reduction in primary care in oral health in relation to specialized care. **Conclusion:** the SIA-SUS proved to be an important management tool for the evaluation of oral health policy at the municipal, state, and national levels, especially when associated with other documentary sources. However, there was no evidence that the Municipal Human Development Index has an impact on care or investments, but rather on the geographic situation of each Health Macro-region, in which the places further away from urban centers have less access to care.

Keywords: Prevention. Dental Procedures. Oral Health. IDHM

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha cronológica da PNSB – Brasil Sorridente	15
Figura 2 - Municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).....	21
Figura 3 - CEO distribuídos em SC	22
Figura 4 - Localização geográfica dos municípios com Hospitais – PNE.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente no Estado de Santa Catarina, por Macrorregião - 2008 a 2017	33
Tabela 2 - Produção ambulatorial em saúde bucal no Estado de Santa Catarina - 2008 a 2017 (x 1000 procedimentos).....	34
Tabela 3 - Produção ambulatorial em saúde bucal no Estado de Santa Catarina – 2008 a 2017 (número de procedimentos por 100 habitantes)	34
Tabela 4 - Gasto com saúde bucal (x 1000,00 R\$) no Estado de Santa Catarina – 2008 a 2017	35
Tabela 5 - Gasto com saúde bucal (R\$ por 100 habitantes) no Estado de Santa Catarina – 2008 a 2017	35
Tabela 6 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Sul de SC, em porcentagem - 2008 a 2017.....	36
Tabela 7 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Planalto Norte e Nordeste de SC, em porcentagem - 2008 a 2017	38
Tabela 8 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Meio Oeste e Serra Catarinense de SC, em porcentagem - 2008 a 2017.....	39
Tabela 9 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Grande Oeste de SC, em porcentagem - 2008 a 2017	41
Tabela 10 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Grande Florianópolis de SC, em porcentagem - 2008 a 2017	43
Tabela 11 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Foz do Rio Itajaí de SC, em porcentagem - 2008 a 2017	45
Tabela 12 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Alto Vale do Itajaí de SC, em porcentagem - 2008 a 2017	46
Tabela 13 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Sul entre 2008 e 2017	48
Tabela 14 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste entre 2008 e 2017.....	48
Tabela 15 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Meio Oeste e Serra Catarinense entre 2008 e 2017.....	49
Tabela 16 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Grande Oeste entre 2008 e 2017.....	49
Tabela 17 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Grande Florianópolis entre 2008 e 2017.	49
Tabela 18 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Foz do Rio Itajaí entre 2008 e 2017	50
Tabela 19 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Alto Vale Itajaí entre 2008 e 2017.....	50
Tabela 20 - IDHM Geral, Educação, Longevidade e Renda das Macrorregiões de SC	50
Tabela 21 - PIB per capita por Macrorregião – 2017 (em R\$).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE - Atenção Especializada

APS - Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

DATASUS - Departamento de informática do SUS

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

GECIES - Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

MAC - Média e Alta Complexidade

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PNE - Pessoas com necessidades especiais

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PIB - Produto Interno Bruto

PPGSCol - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SES/SC - Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina

SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH-SUS - Sistema de Informação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: BRASIL SORRIDENTE.....	15
1.1.1 Atenção em Saúde Bucal	17
1.1.2 Saúde bucal em Santa Catarina	20
1.1.3 Atenção secundária em saúde bucal	21
1.1.4 Atenção terciária em saúde bucal	23
1.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	24
2 OBJETIVOS	26
2.1 GERAL.....	26
2.2 ESPECÍFICOS	26
3 MÉTODOS.....	27
3.1 HIPÓTESES	27
3.2 DESENHO DO ESTUDO	27
3.3 VARIÁVEIS	28
3.4 LOCAL DO ESTUDO	28
3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
3.5.1 Critérios de Inclusão	29
3.5.2 Critérios de exclusão	30
3.6 AMOSTRA	30
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA.....	31
3.9 INSTRUMENTO DE COLETA.....	31
3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	32
3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	32
4 RESULTADOS	33
4.1 PRODUÇÃO AMBULATORIAL E VALOR GASTO EM SAÚDE BUCAL EM SC	33
4.2 PRODUÇÃO EM SAÚDE BUCAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE - SC.....	36
4.2.1 Gastos com Procedimentos por Macrorregião	48
4.3 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO REGIONAL.....	50
5 DISCUSSÃO	52
6 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	65
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	66

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm suas propostas baseadas no Relatório Dawson, contudo, em geral, consistem em uma proposta recente ao sistema integrativo de saúde. Durante muito tempo, a atenção primária à saúde se instituiu como organizadora dos serviços, proporcionando a ampliação do alcance do Sistema Único de Saúde (SUS) e a integralização dos cuidados e dos recursos do sistema (HEIMANN et al., 2011).

Posto isso, a atenção primária à saúde tem o intuito de realizar o primeiro contato com o SUS, sendo estabelecido o mais próximo possível de onde vivem e trabalham as pessoas, tornando-se o primeiro elemento constituinte das RAS. Seu foco é a família e a comunidade, buscando oferecer soluções em saúde para as pessoas e articular ações da área da saúde com outras políticas públicas (GOMES; SILVA, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 e, posteriormente, passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), trata-se de uma estratégia voltada para melhorar a qualidade da atenção básica, superando o modelo assistencial direcionado para procedimentos hospitalares e criando uma sistemática de prevenção no atendimento das RAS (SANTOS; SANTOS, 2011).

As RAS buscam melhorar a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a promoção da equidade. Nessa perspectiva, Mendes (2011, p. 45) afirma que:

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

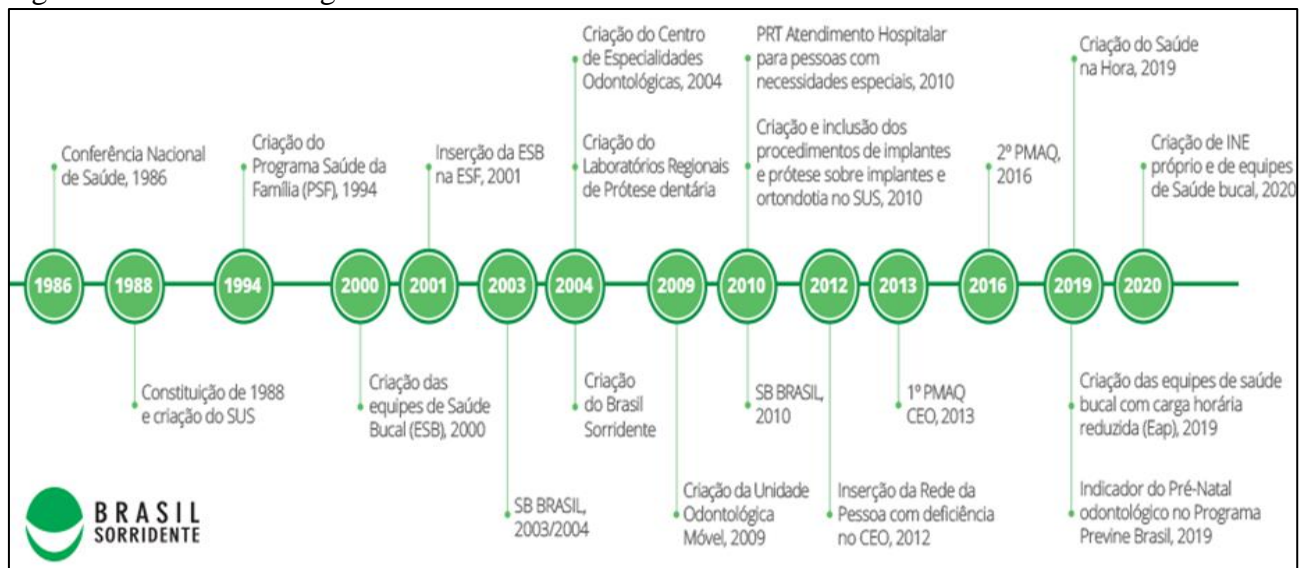
As RAS são organizações poliárquicas, ou seja, uma organização horizontal da atenção à saúde, na qual existem distintas densidades tecnológicas e sistemas de apoio, mas não existe grau de importância nem ordem para tais. As RAS têm objetivo e missão comuns e operam de forma cooperativa e independente. Sendo assim, realizam intercâmbio constante de seus recursos e estabelecem hierarquias entre os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Segundo Gigante e Guimarães (2013), através da portaria 1.444/GM de 2000, foram introduzidas na equipe de atenção Básica as equipes de saúde bucal, promovendo maior acesso da população aos atendimentos odontológicos. Ante a introdução no PSF dos atendimentos referentes à Saúde Bucal, construiu-se a integralidade no atendimento dos usuários do SUS, a partir dos conceitos das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

No âmbito da saúde bucal, suas ações no SUS eram ofertadas de forma paralela aos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolutividade e incapazes de solucionar as principais demandas da população. Assim sendo, em 2004, o Ministério da Saúde lança a PNSB – Brasil Sorridente, promovendo uma reorganização da atenção à saúde e ofertando a saúde bucal de forma integral (BRASIL, 2013).

A partir da instituição da PNSB – Brasil Sorridente, o SUS passou a incorporar a atenção à saúde bucal com parte essencial da atenção primária à saúde. Dessa forma, as RAS foram incrementadas com as novas Redes de Atenção à Saúde Bucal, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (GODOI et al., 2013). A Figura 1 apresenta a linha cronológica da PNSB.

Figura 1 - Linha cronológica da PNSB – Brasil Sorridente



Fonte: MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2019).

A partir dos elementos constitutivos das RAS, a atenção à saúde bucal permitiu a integração e oferta de serviços que abordam melhor as necessidades individuais e coletivas, que possuam uma maior capacidade resolutiva, valorizam a atenção básica e o cuidado multiprofissional e que sejam suficientes para recuperar a ausência histórica de atendimento à saúde bucal (GODOI et al., 2013).

1.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: BRASIL SORRIDENTE

De acordo com Reis, Scherer e Carcereri (2015), o SUS promove através da PNSB ações que promovem, protegem e recuperam a saúde bucal dos cidadãos dentro da perspectiva

da territorialidade. Não obstante, sendo a atenção primária a porta de entrada para o Sistema, pretende-se estabelecer com a RAS um elo entre a população e a equipe da ESF, possibilitando a atenção integral através da consideração dos aspectos sociais, econômicos e culturais e diferenciando do aspecto meramente curativo, promovendo a humanização dos atendimentos.

Igualmente, a nova abordagem da atenção básica do SUS possui uma equipe multiprofissional, com o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar. A equipe da ESF precisa de médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, acrescentando-se os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (COSTA; CARBONE, 2009).

É na equipe multiprofissional que as situações levantadas no diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas, valorizando-se a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem esta equipe, obtendo-se, desta forma, um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para isso, é imprescindível que a estruturação do trabalho, na ESF, consolide-se nos princípios da vigilância à saúde, rompendo assim com a dinâmica médico-centrada (FIGUEIREDO, 2012, p. 57).

Diante da premência de se integrar os profissionais que compõem a equipe da RAS, englobando os aspectos socioculturais e econômicos complexos e dinâmicos da contemporaneidade, é perceptível o reconhecimento da literatura sobre a complementaridade das ações desenvolvidas pelos diversos profissionais, a fim de proporcionar o melhor atendimento em saúde. Nessa perspectiva, infere-se que o grau de integração da equipe está intrinsecamente ligado a qualidade dos atendimentos oferecidos. Assim, é cada vez mais evidente a necessidade de "integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença" (PEDUZZI, 2009, p. 421).

A PNSB orienta as ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista na ESF, voltadas para o aspecto clínico, individual ou coletivo. Ações individuais correspondem a atividades clínico-cirúrgicas, com enfoque na urgência e emergência, a fim de proporcionar a reabilitação ou a cura. As ações coletivas visam a orientação e a conscientização dos indivíduos acerca dos cuidados necessários com a saúde bucal e de que forma esses cuidados afetam a saúde do indivíduo como um todo. Porém, ainda persiste a prática curativista por parte dos cirurgiões-dentistas em muitas unidades de saúde, não oferecendo os cuidados e a promoção da prevenção devida (MATTOS et al., 2014).

Do mesmo modo, Lucena, Pucca Júnior e Sousa (2011, p. 57) exortam que:

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalha em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da

atenção, coordenação do cuidado, responsabilização e vínculo, estímulo à participação popular e controle social, planejamento e programação descentralizados (em consonância com a realidade local e necessidades identificadas junto à comunidade), avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) declarou que as equipes de saúde bucal possuem atuação com maior proximidade da realidade, na identificação dos fatores de risco, famílias em situação de risco, na priorização das demandas assistenciais e de prevenção, e leva a ações de saúde bucal de forma direta às comunidades. Cada equipe de saúde bucal atende cerca de quase 7 mil pessoas, levando em consideração a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em funcionamento num município (SCHERER et al., 2018).

A PNSB tem como foco fortalecer e promover ações de proteção à saúde bucal. Assim, busca nortear a implantação de métodos de ampliação da fluoretação das águas fornecidas pelas empresas públicas de abastecimento, investimentos em educação em saúde e continuidade dos cuidados nos diversos níveis da RAS (BRASIL, 2004).

1.1.1 Atenção em Saúde Bucal

A sustentação da atenção em saúde bucal no princípio da integralidade resulta na articulação das ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. Dessa forma, a atenção em saúde bucal segue as mesmas diretrizes do SUS através da ESF, agindo e pensando na construção de um novo modelo de atenção básica, mais enfática na atenção integral e na prevenção (SOUSA; HAMANN, 2009).

Cabe ressaltar que, anteriormente a criação da PNSB, no âmbito do SUS, as ações da atenção em saúde bucal eram ofertadas de forma paralela aos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolutividade e incapazes de solucionar as principais demandas da população (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011, p. 56-57).

Com a edição da Portaria GM/MS nº1.444 em 28 de dezembro de 2000, ficaram determinadas as condições de financiamento para ações voltadas para o desenvolvimento da atenção básica em saúde bucal no âmbito da ESF. Essa portaria estabelece as condições para a

integração entre as equipes (BRASIL, 2000).

A partir de elementos constitutivos das RAS, no caso, atender a população definida e cadastrada a partir de uma lógica de funcionamento para promover um modelo de atenção à saúde, a organização das ações e serviços de saúde bucal conseguem integrar tanto horizontalmente, quanto verticalmente, os pontos de atenção à saúde e ofertam serviços de uma forma mais resolutiva, a fim de compensar a insuficiência do Estado na saúde bucal coletiva. Nesse ínterim:

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011, p. 56).

A partir da criação do programa Brasil Sorridente, o SUS traduz seus princípios à saúde bucal e a incorpora como parte essencial do sistema. Assim, procedimentos mais complexos foram inseridos nas Redes de Atenção à Saúde Bucal, como os CEO e LRPD. O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade): gestão participativa; ética; acesso; acolhimento; vínculo e responsabilidade profissional (GODOI et al., 2013).

Cabe ressaltar a importância da classificação de prioridades determinada na PNSB, no sentido que não será possível individualizar os atendimentos para toda a população adstrita ao território imediatamente. Assim, mesmo com a perspectiva da universalização dos atendimentos é necessário que se restrinja em um primeiro momento do planejamento, através do atendimento programado (BRASIL, 2016).

Diante da necessidade de transição de um modelo hegemônico de atendimento em odontologia para a perspectiva da saúde bucal coletiva faz-se necessário o envolvimento da participação popular, viabilizando e multidimensionando ações de promoção de melhores condições de saúde e, conseqüentemente, de vida para todos. Nesse sentido, a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal passa pela humanização do processo de trabalho e o desenvolvimento de ações longitudinais que promovam a saúde de forma integrada para toda a comunidade (MATTOS et al., 2014).

Em contraponto ao cenário global em que o cirurgião-dentista atua apenas na iniciativa privada, a inserção dos serviços de saúde bucal na ESF, desde o ano 2000 no Brasil, associada a novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área de saúde e às diretrizes da PNSB, fazem que a prática odontológica no Brasil seja voltada para a saúde bucal coletiva (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

Ante o exposto, pressupõe-se que o cirurgião-dentista precisa ir além do seu núcleo de saber para desenvolver suas atividades no âmbito da ESF, modificando sua prática de consultório para assumir um novo papel através das ações de promoção de saúde. Na medida em que se faz necessária à sua participação, surgem novos desafios, principalmente decorrentes da fragmentação dos serviços prestados pela dificuldade de se integralizar todas as especialidades em prol da promoção da saúde dos cidadãos (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Além disso, é importante destacar que as normas antecedentes do cirurgião-dentista são constituídas pela formação acadêmica, políticas públicas e atribuições profissionais, complementando-se através do entrecruzamento com as tentativas de renormalização e do debate permanente de valores, resultando em alternativas apontadas individualmente ou coletivamente. Isso ocorre devido ao déficit de prescrições necessárias para que os serviços de atenção básica de saúde bucal sejam ofertados de maneira satisfatória. “As renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, a transgressão de normas assim como a construção de redes e de comunicação que o trabalho requer” (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, p. 3205).

O trabalho desenvolvido na atenção em Saúde Bucal, estimula o desenvolvimento de novas estratégias de atuação do cirurgião-dentista, principalmente no conceito conhecido como intercessão partilhada. Através da promoção do desenvolvimento do vínculo e de ações de acolhimento e humanização na ESF, surgem novas estratégias que fomentam o desenvolvimento de novas competências (SANTOS et al., 2008).

Em diversas oportunidades, a atividade cotidiana do cirurgião-dentista distinguiu-se das prescrições antecedentes. Nessa lógica, Matos et al. (2020, p. 4391), citam que:

A inserção do Cirurgião-Dentista na Unidade Básica de Saúde faz com que a atuação do profissional deixe de ser algo focado, fragmentado e técnico, e passe a ter um embasamento teórico e voltado para uma assistência ampla com ações educativo-preventivas que visem diminuir as patologias bucais, assim como as demais doenças que podem acometer o indivíduo.

Não obstante, a inserção do cirurgião-dentista nas unidades básicas de saúde constitui uma realidade cada vez mais perceptível, tornando-se um instrumento de promoção e prevenção da saúde. Porém, vale lembrar que os atendimentos no setor privado ainda constituem a principal atividade desses profissionais, ainda com foco em um nexos desagregador, uniprofissional e individual. Além disso, possui o aspecto do curativismo.

Destarte, atrelando-se a esses fatores elencados e outros apresentados no cotidiano das Unidades de Saúde, a atuação do cirurgião-dentista na atenção básica resta prejudicada,

dificultando as ações voltadas para a criação de vínculo comunitário, educação em saúde, prevenção e promoção das coletividades, atrapalhando também a prática voltada à territorialização (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

1.1.2 Saúde bucal em Santa Catarina

Com 295 municípios e uma população estimada em 7.252.502 habitantes, o Estado de Santa Catarina compõe a Região Sul do Brasil. Os municípios catarinenses dividem-se em nove macrorregiões de saúde que englobam dezesseis regionais de saúde. Somente doze municípios catarinenses são caracterizados como de grande porte, ou seja, possuem população maior que cem mil habitantes (IBGE, 2021).

No Estado de Santa Catarina, as equipes de saúde bucal estão organizadas dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) e promovem o acesso da comunidade em que está inserida aos serviços oferecidos pela ESF e, nessa conformidade, fomentar o cuidado pertinente em saúde bucal. O objetivo das equipes de saúde bucal é elevar o grau de resolubilidade na atenção primária, reduzindo os encaminhamentos para a atenção secundária e/ou terciária (COELHO, 2014).

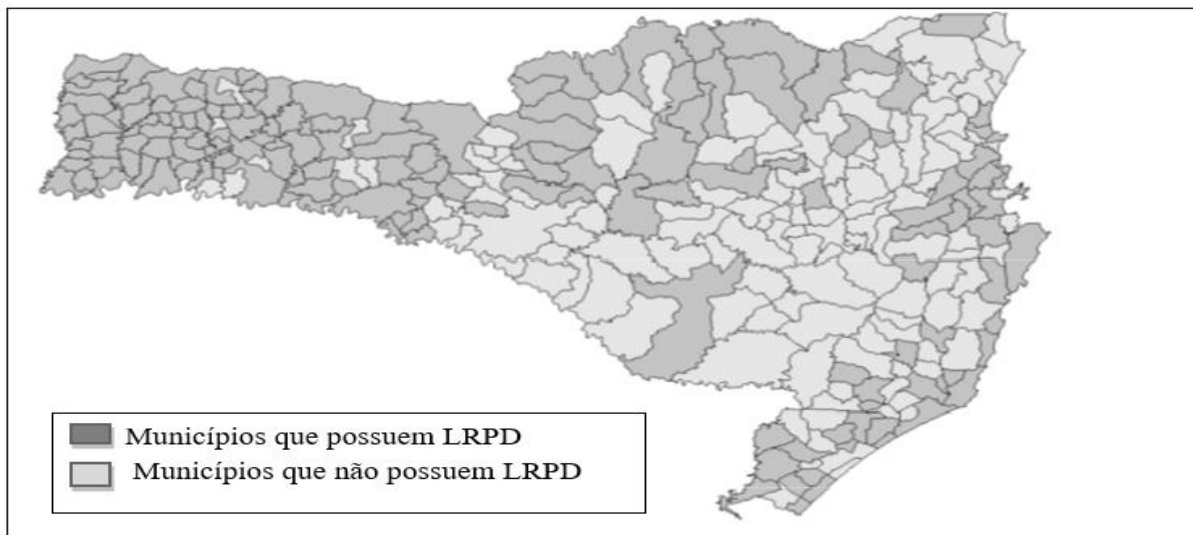
A Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) define conjuntamente com as equipes de saúde dos diferentes níveis as estratégias para acompanhar a evolução dos tratamentos, acompanhamento das metas dos serviços prestados, definições das prioridades e fomento para a formação continuada dos profissionais de saúde, assessorando à gestão e melhorando o acesso e a cobertura da atenção em saúde bucal (SES/SC, 2020).

A SES/SC prioriza ações referentes à reestruturação da atenção em saúde bucal, monitoramento da concentração de flúor na água do abastecimento público e desenvolvimento de práticas na atenção especializada através dos CEO, LRPD e da atenção hospitalar. Nesse sentido, busca promover, prevenir, recuperar e reabilitar os indivíduos através das ações em saúde bucal, além de qualificar os profissionais para os atendimentos (SES/SC, 2020).

No Estado de Santa Catarina, 1.038 equipes de Saúde Bucal estão implantadas, oferecendo uma cobertura de 47,05% da população. Encontra-se em funcionamento 49 CEO, restando apenas 21 municípios que não possuem acesso a atenção secundária em saúde bucal. Na atenção terciária, o estado possui oito hospitais pactuados para atendimentos em saúde bucal para pessoas com necessidades especiais (PNE), sendo eles dois na região Sul, três no Alto Vale do Itajaí e três na região do Planalto Norte e Nordeste. Conforme apresentado no Plano Estadual de Saúde, 164 municípios possuem credenciamento para LRPD (SES/SC, 2019). A Figura 2

apresenta os Municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária.

Figura 2 - Municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)



Fonte: MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2019).

Portanto, a assistência integral em saúde bucal oferece a confecção de próteses dentária total, parcial, removível e fixa, através da instalação, adaptação e moldagem dento gengival na atenção primária, e a confecção laboratorial realizada no LRPD. Até 2019, 164 municípios encontravam-se credenciados com o LRPD. A adesão é possível para todos os municípios catarinenses, sendo que 17 municípios se encontram em processo de credenciamento (SES/SC, 2019). Contudo, ainda é incipiente o monitoramento dos indicadores do pacto pela saúde no Estado. Esses indicadores são parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, e subsidiar as políticas públicas voltadas para a saúde como um todo.

1.1.3 Atenção secundária em saúde bucal

Há uma acentuada crise no sistema de saúde de vários países no mundo, pois não ocorre a adaptação as mudanças que envolvem a área da saúde de maneira geral, com a diminuição dos problemas agudos e aumento de problemas crônicos. Da mesma forma, para tratar condições crônicas não se pode utilizar o mesmo tratamento que para o problema agudo. Assim, é precípua transformar o sistema de atenção em saúde, modernizando-o para que consiga atender essa nova demanda (MATOS et al., 2020).

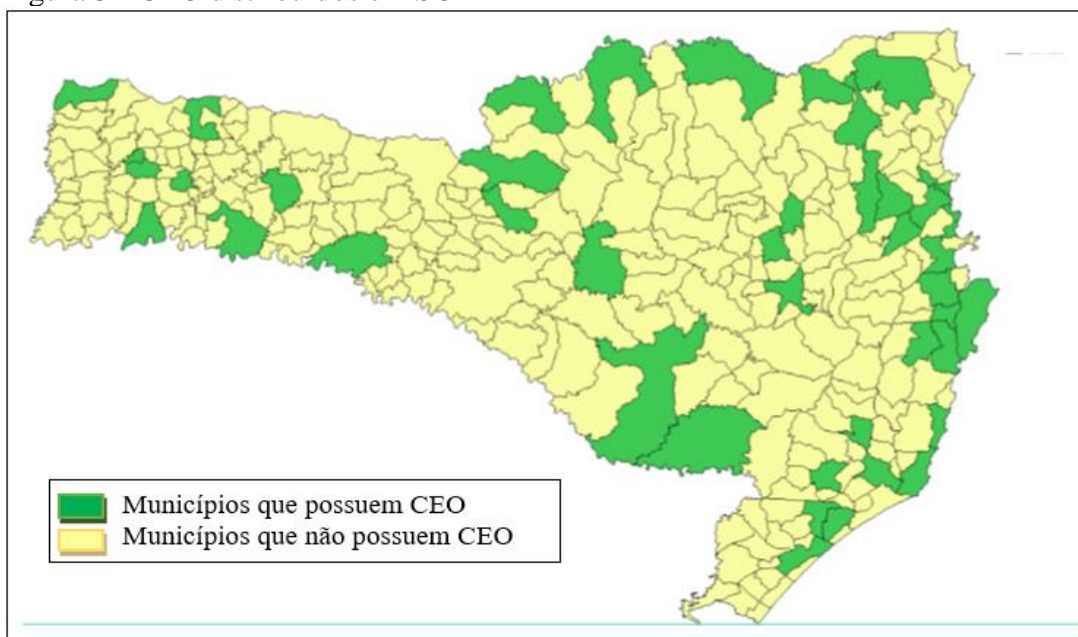
Segundo Pimentel et al. (2012), na esfera da saúde bucal, uma estratégia ampla para

a gestão e para os profissionais é a organização de uma rede de atenção temática, assim sendo, a rede de atenção temática viabiliza a reunião dos pontos de atenção à saúde bucal, ofertando serviços de qualidade, de forma integral e contínua, em contraponto aos métodos tradicionais historicamente pouco resolutivos.

[...] a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar algum impacto na saúde da população. Isso é válido na saúde geral e também exerce influência na saúde bucal. Os CEO podem ser exemplos de serviços que promovam a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde (GÓES et al., 2012, p. 585-586).

Os CEO constituem o sistema de atenção secundária ambulatorial e foram instituídos no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde no intuito de aumentar a oferta de atendimentos especializados no âmbito da Saúde bucal. Visando dar continuidade para a estratégia de saúde bucal e sobrepujar a fragmentação das práticas utiliza o sistema de referência, contrarreferências e apoio matricial, com atendimentos especializados de diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a PNE (GÓES et al., 2012). No estado de Santa Catarina, os CEO estão presentes nos municípios destacados na Figura 3.

Figura 3 - CEO distribuídos em SC



Fonte: MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2019).

Conforme a determinação da PNSB, os atendimentos de urgência em saúde bucal devem ocorrer, preferencialmente, na APS. É possível, em caráter opcional, dentro das

possibilidades técnicas e financeiras de cada município, ofertarem ortodontia, implantes e próteses sobre implantes. Os procedimentos de urgência e emergência na UBS serão sempre realizados pelo cirurgião-dentista, que poderá encaminhar para os demais pontos da atenção em saúde bucal (BRASIL, 2016).

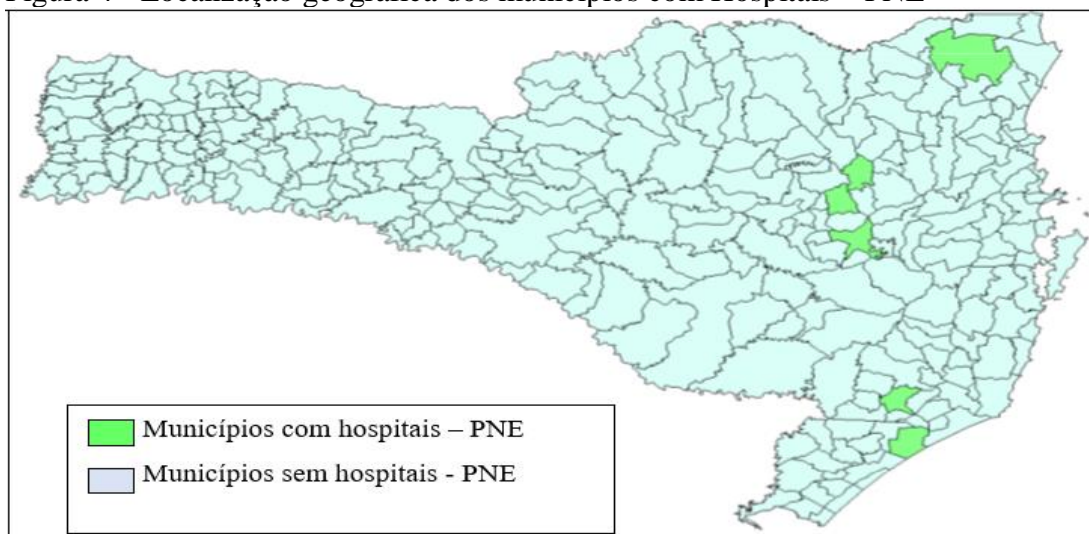
1.1.4 Atenção terciária em saúde bucal

Atualmente, cerca de 48% dos dentistas cadastrados no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) do Brasil realizam atendimento no SUS, seguindo a tendência de crescimento apontada por Gabriel et al. (2020, p. 861):

A implementação do Brasil Sorridente pode ter sido um impulsionador importante desse número, uma vez que em apenas 13 anos observou-se um aumento de 118% dos municípios com ESB implantadas. No fim de 2015, cerca de 90% dos municípios brasileiros apresentaram ESB, sendo 22.227 ESB na modalidade 1 (dentista e auxiliar de saúde bucal) e 2.240 ESB na modalidade 2 (dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal). Em relação a cobertura populacional estimada pelas ESB, observou-se aumento de 10,46% entre os anos de 2007 e 2015.

Realizada em unidades hospitalares de referência, para atendimento de pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento convencional, pacientes oncológicos, com deformidades e traumas faciais, referenciados pela atenção primária e secundária. A maioria dos atendimentos odontológicos em ambiente hospitalar são relacionados aos pacientes portadores de trauma bucomaxilofacial e lesões neoplásicas (GABRIEL et al., 2020). A Figura 4 apresenta a localização dos municípios com hospitais para PNE.

Figura 4 - Localização geográfica dos municípios com Hospitais – PNE



Fonte: MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2019).

No entanto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar e Nota Técnica da Portaria 1.032/GM – Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais em Ambiente Hospitalar (BRASIL, 2010).

Porém, com a publicação da Portaria nº 3.011, de 10 de novembro de 2017, os municípios que tinham série histórica de produção em um determinado período, os recursos foram transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC).

A partir da Deliberação 178/CIB de 24 de agosto de 2017, e Deliberação 289/CIB de 7 de dezembro de 2017, oito hospitais do Estado de Santa Catarina passaram a fazer parte do plano de atendimento odontológico hospitalar para PNE diante da grande demanda para esses atendimentos, sendo eles o Hospital São Donato de Içara, o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga, o Hospital Bom Jesus de Ituporanga, o Hospital Samaria de Rio do Sul, o Hospital Waldomiro Colautti de Ibirama e os Hospitais Hans Dieter Schimdt, Jeser Amarante de Faria e Bethesda de Joinville. Dentre as unidades hospitalares pactuadas, apenas o Hospital Samaria de Rio do Sul recebe financiamento federal (SES/SC, 2020).

1.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A partir da implantação da Norma Operacional Básica (NOB) SUS em 1993, os Estados Brasileiros aderiram a uma estrutura organizacional mais complexa quanto ao gerenciamento das informações, utilizando o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) (VOLPATO, 2006). O SIA-SUS havia sido criado pela NOB SUS 1991, sendo implantado e utilizado como uma forma de substituição ao sistema de pagamento de serviços ambulatoriais que estava em vigor anteriormente, mas a partir da NOB SUS 1993, o SIA-SUS mudou sua utilidade. (VOLPATO, 2006).

A partir da necessidade da criação de um banco de dados nacional, em 1994, institui-se na Portaria do Ministério da Saúde e sua Secretaria de Assistência à Saúde, MS/SAS nº 228/94, o envio de dados nacionais a nível federal de maneira mais uniforme, por meio magnético (VOLPATO, 2006). Em 1995, houve a organização de que tanto os procedimentos

quanto seus valores seriam avaliados e criticados pelos gestores locais, de forma prévia e com crítica baseada na qualitatividade e quantitatividade (VOLPATO, 2006).

Quanto aos pontos positivos e negativos do SIA-SUS, podem ser elucidados a seguir os pontos positivos: a rapidez e agilidade para acesso aos dados, acesso rápido ao perfil da oferta de serviços ambulatoriais de um determinado grupo geográfico, informações quanto ao desempenho dos gestores municipais e estaduais na seleção e implementação de propriedades assistenciais. Em relação aos pontos negativos, pode-se citar que o SIA-SUS abrange somente a população do SUS; ausência de registro de procedimentos realizados que iriam extrapolar o teto financeiro; fraude de códigos para aqueles que tem um melhor pagamento (VOLPATO, 2006).

De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o SIA-SUS ao longo dos anos desenvolveu um caráter confiável, mesmo que de forma progressiva, para a análise de dados no contexto da descentralização proposta pelo SUS. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o modelo de saúde bucal a nível estadual a partir do banco de dados do SIA-SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os dados ambulatoriais sobre saúde bucal de Santa Catarina, de 2008 a 2017.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a produção ambulatorial em saúde bucal em Santa Catarina por tipo de procedimento, de 2008 a 2017;
- Identificar a variação percentual da produção ambulatorial em saúde bucal em Santa Catarina, por tipo de procedimento, de 2008 a 2017;
- Verificar a produção ambulatorial em saúde bucal, por tipo de procedimento e região de saúde, no período de 2008 a 2017;
- Relatar o valor aprovado anual, por tipo de procedimento em saúde bucal, em Santa Catarina, de 2008 a 2017;
- Correlacionar o valor aprovado anual, por tipo de procedimento em saúde bucal com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de cada região de saúde, no período de 2008 a 2017.

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESES

- H1: Observa-se um aumento na produção ambulatorial de 2008 a 2017;
- H2: Há uma variação percentual crescente na produção ambulatorial em saúde bucal no período de 2008 a 2017;
- H3: Elevação no valor dos gastos efetuados com procedimentos em saúde bucal quanto maior é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da região de saúde;
- H4: O valor aprovado anual acompanha o comportamento do volume da produção ambulatorial.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e temporal, com abordagem quantitativa. Foram realizados o levantamento, a seleção, a organização e a análise de dados secundários de produção e os gastos dos atendimentos ambulatoriais de saúde bucal com base na fonte de dados o departamento de informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, no período de 2008 até 2017. O levantamento cobriu a produção da totalidade da rede ambulatorial existente e implantada no Estado.

Os aspectos sociodemográficos do levantamento foram retirados do sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os procedimentos selecionados para análise consistem de todos os procedimentos odontológicos, inseridos na “Tabela do SUS” e que já foram informados pelo Estado no sistema DATASUS. Os procedimentos odontológicos foram agrupados nas seguintes categorias: 1) Procedimentos coletivos; 2) Procedimentos individuais preventivos; 3) Odontologia cirúrgica básica; 4) Periodontia; 5) Endodontia; 6) Odontologia cirúrgica especializada; e 7) Moldagem e Manutenção. Dessas categorias, as de 1 a 3 congregam os procedimentos básicos, entre os quais se incluem os de promoção da saúde e de prevenção primária (1 e 2). As categorias de 4 a 7 agrupam os procedimentos especializados.

Ao se organizar os procedimentos por nível de atenção (preventivo/curativo) e por complexidade (básico/especializado), pretende-se, com a realização desta análise da produção ambulatorial e dos gastos envolvidos no decorrer de uma série histórica de dez anos, caracterizando o modelo de atenção à saúde bucal que vem a se conformar no Estado de Santa

Catarina, por macrorregião de Saúde e se a produção e os gastos em saúde bucal no Estado estão coerentes com os aspectos socioeconômicos da população.

3.3 VARIÁVEIS

As variáveis do estudo estão descritas no Quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Variáveis da Pesquisa

Variável	Resposta	Tipo de variável
Tipo do procedimento	Procedimentos coletivos; Procedimentos individuais preventivos; Odontologia; Cirúrgica Básica; Periodontia; Endodontia; Odontologia Cirúrgica especializada; Moldagem/Manutenção.	Categórica
Ano do procedimento	2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017.	Categórica
Macrorregião de Saúde	Grande Oeste; Meio Oeste e Serra Catarinense; Alto Vale do Itajaí; Foz do Rio Itajaí; Grande Florianópolis; Sul; Planalto Norte e Nordeste;	Categórica
Valor aprovado para pagamento	Valor em reais (R\$) aprovado para pagamento	Numérica

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

3.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida a partir do SIA-SUS, banco de dados do DATASUS, disponível em rede nacional e aberta para a população. Também foram utilizadas informações referentes à dados populacionais do estado de Santa Catarina, disponibilizados pelo IBGE.

A pesquisa foi coordenada e desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde (GECIES), vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo tratou-se dos procedimentos registrados no SIA-SUS, no período de 2008 a 2017, no estado de Santa Catarina, relacionados a saúde bucal.

3.5.1 Critérios de Inclusão

Todos os procedimentos relacionados à saúde bucal registrados e aprovados em Santa Catarina, de 2008 a 2017, contemplados no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2– Categorização dos tipos de procedimentos

Tipo de procedimento	Procedimentos
Procedimentos coletivos	Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção básica; Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção especializada; Ação coletiva de aplicação tópica de flúor; Ação coletiva de bochecho fluorado; Ação coletiva de escovação dental supervisionada; Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.
Procedimentos individuais preventivos	Aplicação de cariostático (por dente); Aplicação de selante (por dente); Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); Evidenciação de placa bacteriana; Selamento provisório de cavidade dentária; Visita domiciliar por profissional de nível médio; Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior
Odontologia Cirúrgica Básica	Exodontia de dente decíduo; Exodontia de dente permanente; Frenectomia; Curetagem periapical; Odontosecção/radilectomia/tunelização; Remoção de dente retido (incluso/impactado); Tratamento de alveólite; Ulotomia/ulectomia;
Periodontia	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextantes); Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); Raspagem corono radicular (por sextante); Enxerto gengival; Gengivectomia (por sextante); Gengivoplastia (por sextante)
Endodontia	Pulpotomia dentária; Obturação de dente decíduo; Obturação em dente permanente birradicular; Obturação em dente permanente com três ou mais raízes; Obturação em dente permanente unirradicular; Retratamento endodôntico em dente permanente bi radicular; Retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes; Retratamento endodôntico em dente permanente uni radicular; Selamento de perfuração radicular
Odontologia Cirúrgica especializada	Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante); Biópsia de glândula salivar; Biópsia de osso do crânio e da face; Biópsia dos tecidos moles da boca; Tratamento de nevralgias faciais; Contenção de dentes por splintagem; Osteotomias fraturas alvéolo dentárias; Redução de fratura alvéolo dentária sem osteossíntese; Redução de luxação têmporo mandibular; Retirada de material de síntese óssea dentária; Reconstrução parcial do lábio traumatizado; Excisão de cálculo de glândula salivar; Exérese de cisto odontogênico e não odontogênico; Tratamento cirúrgico de fístaintra e extra oral; Sinusotomiatransmaxilar; Correção cirúrgica de fístula oronasal e orosinusal; Drenagem de

	<p>abscesso da boca e anexos; Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar; Excisão e sutura de lesão na boca; Excisão em cunha do lábio; Retirada de corpo estranho dos ossos da face; Retirada de meios de fixação maximo mandibular; Tratamento cirúrgico de fístula orosinusaloronasal; Apicectomia com ou sem obturação retrograda; Aprofundamento de vestibulo oral (por sextante); Correção de bridas musculares; Correção de irregularidades de rebordo alveolar; Correção de tuberosidade do maxilar; Exodontiamultipla com alveoloplastia por sextante; Glossorrafia; Marsupialização de cistos e pseudocistos; Reimplante e transplante dental (por elemento); Remoção de dente retido (incluso/impactado); Remoção de tórus e exostoses; Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental; Tratamento cirurgico para tracionamento dental; Manutenção periodica de prótese buco maxilo facial; Instalação de prótese em pacientes com anomalias crânio e bucomaxilofacial</p>
Moldagem/Manutenção	<p>Colocação de placa de mordida; Instalação de aparelho/protese em pacientes com anomalias crânio faciais; Instalação e adaptação de protese dentária; Manutenção/Conserto de aparelhos ortodônticos; Manutenção de aparelho ortodôntico em pacientes com anomalias craniofaciais Reembasamento e conserto de protese dentária; Moldagem dento gengival para construção de prótese dentária; Instalação de prótese em pacientes com anomalias crânio e bucomaxilofacial; Instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo; Manutenção/Conserto de aparelhos ortodôntico/ortopédico; Cimentação de prótese dentária; Adaptação de prótese dentária; Ajuste oclusal; Instalação de prótese dentária</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

3.5.2 Critérios de exclusão

- Procedimentos com informações classificadas como ignoradas;
- Procedimentos realizados por profissionais que não sejam dentistas (de acordo com a classificação brasileira de ocupações – CBO)

3.6 AMOSTRA

A amostra consistiu em todos os procedimentos relacionados à saúde bucal registrados no DATASUS, no período de 2008 a 2017, realizados no Estado de Santa Catarina.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística foi montada uma planilha eletrônica, para elaboração do banco de dados a partir da coleta de dados a ser realizada nesta pesquisa. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e frequência relativa. Para comparação entre grupos foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme indicado. As variáveis quantitativas apresentadas em mediana e valores mínimos e máximos. Para as comparações das variáveis quantitativas entre grupos foi utilizado não paramétrico de teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição dos dados.

Para todas as análises estatísticas foi adotado o valor de $p < 0,05$ para indicar diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As análises foram realizadas no software estatístico SPSS, versão 20.0 IBM®.

3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Essa pesquisa consistiu em uma busca de dados no Sistema SIA-SUS, e foi desenvolvida na estrutura disponibilizada pelo GECIES. Para a coleta de dados foram seguidas as etapas descritas abaixo:

- a) Submissão do projeto de pesquisa à banca examinadora do mestrado;
- b) Acesso ao SIA-SUS para a coleta de dados;
- c) Seleção dos pertinentes ao estudo no SIA-SUS e importação das informações;
- d) Organização das informações obtidas no SIA-SUS;
- e) Seleção de informações pertinentes aos dados populacionais de Santa Catarina, disponibilizado no IBGE;
- f) Análise estatística das informações obtidas do SIA-SUS;
- g) Elaboração da dissertação referente ao mestrado;
- h) Apresentação da dissertação à banca examinadora do mestrado;
- i) Elaboração e submissão de artigo à revista científica.

3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados foi utilizado instrumento de coleta elaborado pela autora, o qual se encontra descrito no Apêndice A. O instrumento conta com as seguintes informações:

Macrorregião de saúde, tipo de procedimento, ano de aprovação do procedimento, valor aprovado para o procedimento.

3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Não existem riscos para a população analisada, visto que os dados são de livre acesso, organizados pelo DATASUS de forma a não identificar as pessoas que passaram pelos procedimentos estudados nessa pesquisa. Como benefício, foi possível fazer uma análise da situação e saúde bucal no estado de Santa Catarina, através dos procedimentos e valores pagos à essa área, bem como verificar o desenvolvimento da política de saúde bucal no estado.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada a partir do banco de dados nacional, denominado SIA-SUS, não sendo necessária a aprovação do Comitê de Ética da UNESC, uma vez que os dados são de livre acesso.

4 RESULTADOS

A produção ambulatorial de saúde bucal no Estado de Santa Catarina, de acordo com os dados do SIA-SUS categorizados por tipo de procedimento revela variações importantes no período entre 2008 e 2017, principalmente quando levado em consideração as variações regionais.

4.1 PRODUÇÃO AMBULATORIAL E VALOR GASTO EM SAÚDE BUCAL EM SC

Foram analisados os dados de procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, odontologia cirúrgica básica, periodontia, endodontia, odontologia cirúrgica especializada, e moldagem/manutenção. A fim de obter um grau comparativo em relação ao percentual de procedimentos, a Tabela 1 apresenta a população residente no Estado de Santa Catarina desde 2008 até 2017, por Macrorregião.

Tabela 1 - População residente no Estado de Santa Catarina, por Macrorregião - 2008 a 2017

Região	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sul	886796	894223	907033	914425	921661	952635	962743	972750	982685	992541
Planalto Norte e Nordeste	1179455	1193767	1222906	1237540	1251851	1304074	1324173	1344091	1363854	1383456
Meio Oeste e Serra	888091	891720	878407	880925	883395	903004	906354	909675	912971	916238
Grande Oeste	731115	735795	736306	740710	744947	766332	772217	778046	783827	789571
Grande Florianópolis	963379	977370	1012831	1027280	1041828	1091242	1111702	1131981	1152115	1172076
Foz do Rio Itajaí	501958	512594	555635	567960	579946	616224	633139	649898	666537	683034
Alto Vale Itajaí	901793	913274	936564	948214	959658	1000743	1016820	1032749	1048564	1064245
Santa Catarina	6052587	6118743	6249682	6317054	6383286	6634254	6727148	6819190	6910553	7001161

Fonte: IBGE (2018).

A Tabela 2 apresenta a produção ambulatorial em saúde bucal no Estado de Santa Catarina de 2008 a 2017, classificados por Tipo de Procedimento.

Tabela 2 - Produção ambulatorial em saúde bucal no Estado de Santa Catarina - 2008 a 2017 (x 1000 procedimentos)

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	4103,3	4487,9	2750,2	3697,6	3580,6	3410,2	3746,8	2710,6	2950,4	1473,3
Individuais	888,8	1130,4	1168,9	1941,2	2475,8	1810,6	2280,5	1093,4	1072,8	826,9
Cirúrgica Básica	310,6	342	407	436,9	438,6	354,3	373,4	258,8	296,3	238,3
Periodontia	170,6	329,2	238,5	579,6	396,3	279,3	380,3	285,7	274,9	668,4
Endodontia	69,3	67,2	60,9	60,8	54	59,9	41,9	41,7	39,5	36,1
Cirúrgica Especializada	82,7	79,3	73	66,6	68,4	61,5	56,4	56,7	57	50,9
Manutenção/ Moldagem	20,3	23,9	26	29,9	47,8	51,9	779,2	93,9	103,9	107,5
Total	5645,6	6459,9	4724,5	6812,6	7061,5	6027,7	7658,5	4540,8	4794,8	3401,4

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Os procedimentos coletivos tiveram seu maior número nos anos de 2008 e 2009, assim como foi o procedimento que teve maior volume em todos os anos, comparando com os outros tipos de procedimentos. O ano de 2017 foi o que teve menor número de procedimentos coletivos realizados. Os procedimentos individuais tiveram maior número no ano de 2012, sendo o menor número em 2017.

Ao retratar a produção ambulatorial em saúde bucal no Estado de Santa Catarina de 2008 a 2017 de forma relativa (por 100 habitantes), apresentou-se de modo similar, com pequena variação, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Produção ambulatorial em saúde bucal no Estado de Santa Catarina – 2008 a 2017 (número de procedimentos por 100 habitantes)

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	525,79	464,1	351,06	439,98	416,14	361,55	376,12	307,8	294,56	172,51
Individuais	108,06	119,19	136,22	219,34	263,38	189,07	260,29	123,01	113,82	83,35
Cirurgia Básica	37,49	40,51	64,47	36,09	49,22	36,75	40,72	28,29	31,21	23,20
Periodontia	20,13	40,10	27,50	64,36	53,29	29,53	41,16	30,22	29,08	69,35
Endodontia	8,35	6,79	7,26	7,03	6,38	5,91	4,19	4,51	4,57	3,99
Cirurgia Especializada	9,37	8,76	8,09	7,51	7,53	6,4	6,03	5,89	5,92	5,30
Manutenção/ Moldagem	2,48	2,91	3,31	3,70	5,87	6,23	86,23	10,29	11,13	11,38
Total	711,67	682,36	597,91	778,01	801,81	635,44	814,74	510,01	490,29	369,08

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Os gastos (em reais) com procedimentos odontológicos no Estado de Santa Catarina no período de 2008 até 2017 estão representados na Tabela 4.

Tabela 4 - Gasto com saúde bucal (x 1000,00 R\$) no Estado de Santa Catarina – 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	7,98	20,90	2,83	21,53	18,8	15,54	8,12	3,98	2,90	3,81
Individuais	10,84	52,19	98,12	196,57	290,84	381,97	753,23	523,4	390,72	370,29
Cirurgia Básica	119,61	211,3	260,63	455,69	541,06	538,63	608,66	707,12	811,73	815,37
Periodontia	97,02	144,42	141,02	139,89	152,91	165,05	143,43	138,25	141,69	137,85
Endodontia	162,15	188,88	210,48	212,79	185,04	201,98	133,41	149,82	148,04	144,95
Cirurgia Especializada	299,34	444,45	436,45	643,14	721,80	709,51	700,39	754,77	825,68	813,41
Manutenção/ Moldagem	59,12	67,52	47,43	131,09	110,46	91,86	110,14	138,91	122,49	124,71
Total	756,06	1129,66	1194,13	1800,7	2020,91	2104,54	2457,38	2416,25	2443,25	2410,39

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

A Tabela 5 apresenta os Gastos (em R\$) com Saúde Bucal por 100 habitantes no Estado de Santa Catarina no período entre 2008 e 2017.

Tabela 5 - Gasto com saúde bucal (R\$ por 100 habitantes) no Estado de Santa Catarina – 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	0,131	0,341	0,045	0,340	0,294	0,234	0,120	0,058	0,041	0,054
Individuais	0,179	0,852	1,570	3,111	4,556	5,757	11,196	7,675	5,654	5,289
Cirurgia Básica	1,976	3,453	4,170	7,213	8,476	8,118	9,047	10,396	11,746	11,646
Periodontia	1,602	2,360	2,256	2,214	2,395	2,487	2,132	2,027	2,050	1,968
Endodontia	2,679	3,086	3,367	3,368	2,898	3,044	1,983	2,197	2,142	2,070
Cirurgia Especializada	4,945	7,263	6,983	10,181	11,307	10,694	10,411	11,068	11,948	11,618
Manutenção/Moldagem	0,976	1,103	0,758	2,075	1,730	1,384	1,637	2,037	1,772	1,781
Total	756,0	1129,6	1196,9	1800,7	2020,9	2104,5	2457,3	2416,2	2443,2	2410,3

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Os procedimentos em cirurgia especializada foram os que tiveram maior gasto no decorrer dos anos, quase que de forma crescente, seguidos de cirurgia básica, endodontia e periodontia. O ano de 2016 foi o que teve maior valor empenhado em procedimentos de cirurgia especializada. Em contrapartida, os procedimentos coletivos foram o grupo que tiveram menor gasto, sendo o menor valor empenhado em 2010.

Ao retratar os gastos em saúde bucal no Estado de Santa Catarina de 2008 a 2017 de forma relativa (por 100 habitantes), apresentou-se de modo similar, com pequena variação, conforme apresentado na Tabela 5.

4.2 PRODUÇÃO EM SAÚDE BUCAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE - SC

A produção ambulatorial em saúde bucal Região Sul do no Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017 está representada na Tabela 6.

Tabela 6 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Sul de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	2008	2009	2010	2011	Ano 2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	72,66	64,32	66,35	50,91	80,16	64,82	51,35	58,15	41,47	31,30
Individuais	14,50	26,22	24,40	12,47	11,81	19,48	21,07	21,97	41,31	13,55
Cirurgia	6,97	5,14	4,66	4,45	3,82	7,45	12,56	7,26	5,86	4,96
Básica										
Periodontia	2,79	2,34	2,45	30,57	2,78	5,65	13,48	9,52	8,73	47,12
Endodontia	1,37	0,77	0,83	0,75	0,64	1,23	0,43	0,61	0,57	0,60
Cirurgia especializada	1,69	1,19	1,19	0,78	0,70	0,69	0,43	0,84	0,79	0,71
Manutenção/ Moldagem	0,02	0,02	0,11	0,08	0,08	0,67	0,68	1,65	1,26	1,77

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região Sul do Estado, do total de procedimentos realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 72,66%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 14,50%. 6,97% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 2,79% foram de periodontia, 1,37% foram de endodontia e 1,69% de odontologia cirúrgica especializada.

No ano de 2009, 64,32% foram procedimentos coletivos, representando um decréscimo de 8,34 pontos percentuais, porém, aumentando significativamente os procedimentos prestados (+24,5%). Os procedimentos individuais preventivos equivaliam a 26,22%, mais que dobrando o número de procedimentos realizados em relação a 2008. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 5,14% e a periodontia a 2,34%, mantendo valores aproximados aos de 2008. A endodontia representa 0,77% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 1,19% e os procedimentos de moldagem/manutenção correspondem a 0,02%.

Em 2010, 66,35% foram de procedimentos coletivos, 24,40% foram procedimentos individuais preventivos, 4,66% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 2,45%

de periodontia. A endodontia corresponde a 0,83% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,19% e a moldagem/manutenção 0,11%.

Em 2011, 50,91% foram de procedimentos coletivos, 12,47% foram procedimentos individuais preventivos, 4,45% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 30,57% de periodontia, aumentando mais de 13 vezes o número de procedimentos em relação ao ano anterior. A endodontia corresponde a 0,75% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,78% e a moldagem/manutenção 0,08%.

Em 2012, 80,16% foram de procedimentos coletivos, 11,81% foram procedimentos individuais preventivos, 3,82% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 2,78% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,64% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,70% e a moldagem/manutenção 0,08%.

Em 2013, 64,82% foram de procedimentos coletivos, 19,48% foram procedimentos individuais preventivos, 7,45% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,65% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,23% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,69% e a moldagem/manutenção 0,67%.

Em 2014, 51,35% foram de procedimentos coletivos, 21,07% foram procedimentos individuais preventivos, 12,56% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 13,48% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,43% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,43% e a moldagem/manutenção 0,68%.

Em 2015, 58,15% foram de procedimentos coletivos, 21,97% foram procedimentos individuais preventivos, 7,26% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 9,52% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,61% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,84% e a moldagem/manutenção 1,65%.

Em 2016, 41,47% foram de procedimentos coletivos, 41,31% foram procedimentos individuais preventivos, mais de 200% de aumento em relação ao número do ano anterior. 5,86% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 8,73% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,57 % dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,79% e a moldagem/manutenção 1,26%.

Em 2017, 31,30% foram de procedimentos coletivos, 13,55% foram procedimentos individuais preventivos, 4,96% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 47,12% de periodontia, que no ano anterior teve pouco mais de 58 mil procedimentos e, no ano de 2017, registrou 350825 procedimentos. A endodontia corresponde a 0,60% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,71% e a moldagem/manutenção 1,77%.

A Tabela 7 apresenta os dados da produção ambulatorial em saúde bucal Região Planalto Norte e Nordeste do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017.

Tabela 7 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Planalto Norte e Nordeste de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	57,92	70,17	59,76	68,52	54,44	48,60	64,60	62,31	55,39	50,54
Individuais	21	15,46	23,31	18,55	29,77	31,65	25,58	23,01	24,82	27,98
Cirurgia Básica	9,65	5,94	8,15	6,19	6,74	11,04	4,90	6,13	7,5	8,46
Periodontia	5,82	4,87	5,18	4,11	5,38	5,08	2,43	4,29	6	6,6
Endodontia	1,93	1,19	1,16	0,98	1,03	1,66	0,63	0,88	1,18	1,22
Cirurgia Especializada	3,29	2,10	2,14	1,10	1,71	1,47	0,91	1,35	1,53	1,53
Manutenção/Moldagem	0,4	0,28	0,29	0,55	0,93	0,49	0,95	2,03	3,59	3,68

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região do Planalto Norte e Nordeste do Estado, do total de procedimentos realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 57,92%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 21%. 9,65% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 5,82% foram de periodontia, 1,93% foram de Endodontia e 3,29% de odontologia cirúrgica especializada. Manutenção/ moldagem correspondeu a 0,4%.

No ano de 2009, 70,17% foram procedimentos coletivos. Os procedimentos individuais preventivos equivaliam a 15,46%, mais que dobrando o número de procedimentos realizados em relação a 2008. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 5,94% e a periodontia a 4,87%, mantendo valores aproximados aos de 2008. A endodontia representa 1,19% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 2,10% e os procedimentos de moldagem/manutenção correspondem a 0,28%.

Em 2010, 59,76% foram de procedimentos coletivos, 23,31% foram procedimentos individuais preventivos, 8,15% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,18% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,16% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 2,14% e a moldagem/manutenção 0,29%.

Em 2011, 68,52% foram de procedimentos coletivos, 18,55% foram procedimentos individuais preventivos, 6,19% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 4,11% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,98% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,10% e a moldagem/manutenção 0,55%.

Em 2012, 54,44% foram de procedimentos coletivos, 29,77% foram procedimentos

individuais preventivos, 6,74% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,38% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,03% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,71% e a moldagem/manutenção 0,93%.

Em 2013, 48,60% foram de procedimentos coletivos, 31,65% foram procedimentos individuais preventivos, 11,04% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,08% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,66% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,47% e a moldagem/manutenção 0,49%.

Em 2014, 64,60% foram de procedimentos coletivos, 25,58% foram procedimentos individuais preventivos, 4,90% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 2,43% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,63% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,91% e a moldagem/manutenção 0,95%.

Em 2015, 62,31% foram de procedimentos coletivos, 23,01% foram procedimentos individuais preventivos, 6,13% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 4,29% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,88% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,35% e a moldagem/manutenção 2,03%.

Em 2016, 55,39% foram de procedimentos coletivos, 24,82% foram procedimentos individuais preventivos. 7,5% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 6% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,18% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,53% e a moldagem/manutenção 3,59%.

Em 2017, 50,54% foram de procedimentos coletivos, 27,98% foram procedimentos individuais preventivos, 8,46% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 6,6% de periodontia, a endodontia corresponde a 1,22% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,53% e a moldagem/manutenção 3,68%.

A Tabela 8 apresenta a produção ambulatorial em saúde bucal Região Meio Oeste e Serra Catarinense do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017.

Tabela 8 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Meio Oeste e Serra Catarinense de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Coletivos	60,64	78,65	55,82	61,45	39,27	26,83	34,61	52,47	52,64	42,7	
Individuais	22,41	11,59	23,98	22,23	23,11	64,41	8,71	29,97	23,70	17,59	
Cirurgia Básica	8,97	5,91	8,89	6,98	27,77	3,71	2,87	6,89	9,92	7,22	
Periodontia	4,51	2,30	7,80	5,92	5,73	3,08	2,71	6,14	7,77	28,03	
Endodontia	1,19	0,63	1,48	1,43	1,28	0,56	0,39	0,81	1,02	0,8	
Cirurgia Especializada	1,82	0,78	1,91	1,81	2,12	0,90	0,67	1,73	2,43	1,57	

Manutenção/ Moldagem	0,5	0,13	0,13	0,17	0,73	0,52	50,04	1,99	2,52	2,09
-------------------------	-----	------	------	------	------	------	-------	------	------	------

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região do Meio Oeste e Serra Catarinense, do total de procedimentos realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 60,64%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 22,41%. 8,97% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 4,51% foram de periodontia, 1,19% foram de endodontia e 1,82% de odontologia cirúrgica especializada. Manutenção/ moldagem correspondeu a 0,5%.

No ano de 2009, 78,65% foram procedimentos coletivos. Os procedimentos individuais preventivos equivalem a 11,59%. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 5,91% e a periodontia a 2,30%. A endodontia representa 0,63% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 0,78% e os procedimentos de moldagem/manutenção correspondem a 0,13%.

Em 2010, 55,82% foram de procedimentos coletivos, 23,98% foram procedimentos individuais preventivos, 8,89% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,80% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,48% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 1,91% e a moldagem/manutenção 0,13%.

Em 2011, 61,45% foram de procedimentos coletivos, 22,23% foram procedimentos individuais preventivos, 6,98% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,92% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,43% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 1,81% e a moldagem/manutenção 0,17%.

Em 2012, 39,27% foram de procedimentos coletivos, 23,11% foram procedimentos individuais preventivos, 27,77% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,73% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,28% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 2,12% e a moldagem/manutenção 0,73%.

Em 2013, 26,83% foram de procedimentos coletivos, 64,41% foram procedimentos individuais preventivos, 3,71% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 3,08% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,56% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,90% e a moldagem/manutenção 0,52%.

Em 2014, 34,61% foram de procedimentos coletivos, 8,71% foram procedimentos individuais preventivos, 2,87% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 2,71% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,39% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica

especializada a 0,67% e a moldagem/manutenção 50,04%.

Em 2015, 52,47% foram de procedimentos coletivos, 29,97% foram procedimentos individuais preventivos, 6,89% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 6,14% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,81% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,73% e a moldagem/manutenção 1,99%.

Em 2016, 52,64% foram de procedimentos coletivos, 23,70% foram procedimentos individuais preventivos. 9,92% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,77% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,02% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 2,43% e a moldagem/manutenção 2,52%.

Em 2017, 42,7% foram de procedimentos coletivos, 17,59% foram procedimentos individuais preventivos, 7,22% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 28,03% de periodontia, a endodontia corresponde a 0,8% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,57% e a moldagem/manutenção 2,09%.

A Tabela 9 apresenta a produção ambulatorial em saúde bucal Região Grande Oeste do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017.

Tabela 9 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Grande Oeste de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	77,68	64,9	51,84	64,92	70,37	65,08	27,46	63,75	65,04	56,48
Individuais	13,06	15,07	21,46	24,77	17,58	20,41	65,76	20,23	18,19	21,87
Cirurgia Básica	5,26	5,55	20,13	5,16	5,23	5,6	2,41	5,79	5,97	7,72
Periodontia	1,24	11,66	2,17	1,53	1,95	3,02	1,72	3,84	3,57	5,06
Endodontia	0,86	0,67	0,97	0,83	0,89	0,93	0,32	0,51	0,57	0,79
Cirurgia Especializada	0,97	0,71	1,04	0,81	1,01	1,13	0,46	1,04	1,16	1,35
Manutenção/ Moldagem	0,9	1,44	2,4	1,97	2,97	3,82	1,87	4,84	5,49	6,73

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região do Grande Oeste de Santa Catarina, do total de procedimentos realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 77,68%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 13,06%. 5,26% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 1,24% foram de periodontia, 0,86% foram de endodontia e 0,97% de odontologia cirúrgica especializada. Manutenção/moldagem correspondeu a 0,9%.

No ano de 2009, 64,9% foram procedimentos coletivos. Os procedimentos

individuais preventivos equivaliam a 15,07%. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 5,55% e a periodontia a 11,66%. A endodontia representa 0,67% dos atendimentos, a odontologia cirúrgica especializada 0,71% e os procedimentos de moldagem/manutenção correspondem a 1,44%.

Em 2010, 51,84% foram de procedimentos coletivos, 21,46% foram procedimentos individuais preventivos, 20,13% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 2,17% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,97% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,04% e a moldagem/manutenção 2,4%.

Em 2011, 64,92% foram de procedimentos coletivos, 24,77% foram procedimentos individuais preventivos, 5,16% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 1,53% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,83% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,81% e a moldagem/manutenção 1,97%.

Em 2012, 70,37% foram de procedimentos coletivos, 17,58% foram procedimentos individuais preventivos, 5,23% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 1,95% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,89% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,01% e a moldagem/manutenção 2,97%.

Em 2013, 65,08% foram de procedimentos coletivos, 20,41% foram procedimentos individuais preventivos, 5,6% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 3,02% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,93% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,13% e a moldagem/manutenção 3,82%.

Em 2014, 27,46% foram de procedimentos coletivos, 65,76% foram procedimentos individuais preventivos, 2,41% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 1,72% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,32% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,46% e a moldagem/manutenção 1,87%.

Em 2015, 63,75% foram de procedimentos coletivos, 20,23% foram procedimentos individuais preventivos, 5,79% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 3,84% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,51% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,04% e a moldagem/manutenção 4,84%.

Em 2016, 65,04% foram de procedimentos coletivos, 18,19% foram procedimentos individuais preventivos. 5,97% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 3,57% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,57% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,16% e a moldagem/manutenção 5,49%.

Em 2017, 56,48% foram de procedimentos coletivos, 21,87% foram procedimentos

individuais preventivos, 7,72% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,06% de periodontia, a endodontia corresponde a 0,79% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,35% e a moldagem/manutenção 6,73%.

A Tabela 10 apresenta a produção ambulatorial em saúde bucal Região Grande Florianópolis do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017.

Tabela 10 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Grande Florianópolis de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	34,01	53,98	43,53	29,43	43,92	41,12	46,87	48,56	68,67	31,61
Individuais	33,03	26,91	34,72	44,28	34,57	38,04	32,35	29,94	15,60	39,86
Cirurgia Básica	11,93	6,62	7,71	8,93	7,77	8,2	7,17	6,64	8,57	10,47
Periodontia	8,35	5,77	7,56	10,99	9,29	9,55	9,77	10,03	4,39	9,78
Endodontia	5,42	2,5	2,86	2,8	2,15	1,46	1,52	1,98	0,89	2,11
Cirurgia Especializada	5,45	3,22	3,05	3,16	1,83	1,34	1,47	1,47	0,95	2,64
Manutenção/ Moldagem	1,8	1	0,57	0,41	0,47	0,27	0,85	1,38	0,93	3,52

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região da Grande Florianópolis em Santa Catarina, do total de procedimentos realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 34,01%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 33,03%. 11,93% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 8,35% foram de periodontia, 5,42% foram de endodontia e 5,45% de odontologia cirúrgica especializada. Manutenção/ moldagem correspondeu a 1,8%.

No ano de 2009, 53,98% foram procedimentos coletivos. Os procedimentos individuais preventivos equivalem a 26,91%. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 6,62% e a periodontia a 5,77%. A endodontia representa 2,5% dos atendimentos, a odontologia cirúrgica especializada 3,22% e os procedimentos de moldagem/manutenção correspondem a 1%.

Em 2010, 43,53% foram de procedimentos coletivos, 34,72% foram procedimentos individuais preventivos, 7,71% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,56% de periodontia. A endodontia corresponde a 2,86% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 3,05% e a moldagem/manutenção 0,57%.

Em 2011, 29,43% foram de procedimentos coletivos, 44,28% foram procedimentos individuais preventivos, 8,93% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 10,99%

de periodontia. A endodontia corresponde a 2,8% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 3,16% e a moldagem/manutenção 0,41%.

Em 2012, 43,92% foram de procedimentos coletivos, 34,57% foram procedimentos individuais preventivos, 7,77% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 9,29% de periodontia. A endodontia corresponde a 2,15% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,83% e a moldagem/manutenção 0,47%.

Em 2013, 41,12% foram de procedimentos coletivos, 38,04% foram procedimentos individuais preventivos, 8,2% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 9,55% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,46% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,34% e a moldagem/manutenção 0,27%.

Em 2014, 46,87% foram de procedimentos coletivos, 32,35% foram procedimentos individuais preventivos, 7,17% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 9,77% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,52% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,47% e a moldagem/manutenção 0,85%.

Em 2015, 48,56% foram de procedimentos coletivos, 29,94% foram procedimentos individuais preventivos, 6,64% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 10,03% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,98% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,47% e a moldagem/manutenção 1,38%.

Em 2016, 68,67% foram de procedimentos coletivos, 15,60% foram procedimentos individuais preventivos. 8,57% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 4,39% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,89% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,95% e a moldagem/manutenção 0,93%.

Em 2017, 31,61% foram de procedimentos coletivos, 39,86% foram procedimentos individuais preventivos, 10,47% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 9,78% de periodontia, a endodontia corresponde a 2,11% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 2,64% e a moldagem/manutenção 3,52%.

A Tabela 11 apresenta a produção ambulatorial em saúde bucal Região Foz do Rio Itajaí do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017.

Tabela 11 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Foz do Rio Itajaí de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	73,13	70,42	58,55	70,13	49,67	69,97	70,7	71,53	68,22	54,59
Individuais	17,13	17,87	27,82	20,62	13,46	16,8	15,22	14,42	16,5	22,78
Cirurgia Básica	4,17	4,41	4,99	3,19	3,62	4,02	3,89	3,75	4,18	8,82
Periodontia	3,51	5,26	6,48	4,37	31,02	6,65	7,38	7,23	7,74	10,81
Endodontia	0,77	0,97	0,95	0,79	0,98	0,85	0,75	0,87	1,03	1,5
Cirurgia Especializada	0,93	1,07	1,13	0,82	9,86	1,03	1,19	1,08	1,25	2,02
Manutenção/ Moldagem	0,1	0,005	0,09	0,07	0,40	0,69	0,86	1,10	1,08	1,49

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região de Foz do Rio Itajaí, do total de procedimentos realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 73,13%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 17,43%. 4,17% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 3,51% foram de periodontia, 0,77% foram de endodontia e 0,93% de odontologia cirúrgica especializada. Manutenção/ moldagem correspondeu a 0,1%.

No ano de 2009, 70,42% foram procedimentos coletivos. Os procedimentos individuais preventivos equivalem a 17,87%. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 4,41% e a periodontia a 5,26%. A endodontia representa 0,97% dos atendimentos, a odontologia cirúrgica especializada 1,07%. Apenas 23 atendimentos referentes a moldagem e manutenção, representando menos de 0,005%.

Em 2010, 58,55% foram de procedimentos coletivos, 27,82% foram procedimentos individuais preventivos, 4,99% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 6,48% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,95% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,13% e a moldagem/manutenção 0,09%.

Em 2011, 70,13% foram de procedimentos coletivos, 20,62% foram procedimentos individuais preventivos, 3,19% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 4,37% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,79% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,82% e a moldagem/manutenção 0,07%.

Em 2012, 49,67% foram de procedimentos coletivos, 13,46% foram procedimentos individuais preventivos, 3,62% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 31,02% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,98% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,86% e a moldagem/manutenção 0,40%.

Em 2013, 69,97% foram de procedimentos coletivos, 16,8% foram procedimentos

individuais preventivos, 4,02% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 6,65% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,85% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,03% e a moldagem/manutenção 0,69%.

Em 2014, 70,7% foram de procedimentos coletivos, 15,22% foram procedimentos individuais preventivos, 3,89% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,38% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,75% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,19% e a moldagem/manutenção 0,86%.

Em 2015, 71,53% foram de procedimentos coletivos, 14,42% foram procedimentos individuais preventivos, 3,75% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,23% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,87% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 1,08% e a moldagem/manutenção 1,10%.

Em 2016, 68,22% foram de procedimentos coletivos, 16,5% foram procedimentos individuais preventivos. 4,18% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,74% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,03% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,25% e a moldagem/manutenção 1,08%.

Em 2017, 54,59% foram de procedimentos coletivos, 22,78% foram procedimentos individuais preventivos, 6,82% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 10,81% de periodontia, a endodontia corresponde a 1,5% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 2,02% e a moldagem/manutenção 1,49%.

A Tabela 12 apresenta a produção ambulatorial em saúde bucal Região Alto Vale do Itajaí do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2017.

Tabela 12 - Produção ambulatorial em saúde bucal Região Alto Vale do Itajaí de SC, em porcentagem - 2008 a 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	82,88	70,11	67,77	38,99	30,04	79,81	73,37	57,17	46,19	33,45
Individuais	11,20	17,77	18,89	48	65,62	12,17	16,11	28,5	34,06	43,52
Cirurgia Básica	2,4	4,39	4,96	6,64	2,17	3,11	4,37	5,96	7,6	10,22
Periodontia	2,01	5,55	6	2,55	1,61	3,58	4,11	5,4	7,85	7,66
Endodontia	0,87	1,29	1,39	0,4	0,21	0,51	0,69	0,98	1,23	1,34
Cirurgia Especializada	0,64	0,87	0,97	0,41	0,34	0,69	0,86	1,2	1,54	1,73
Manutenção/ Moldagem	0,002	0,02	0,02	0,01	0,01	0,12	0,49	0,8	1,52	2,08

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Na Região do Alto Vale do Itajaí em Santa Catarina, do total de procedimentos

realizados no ano de 2008, os procedimentos coletivos correspondem a 82,88%, enquanto os procedimentos individuais preventivos representam 11,20%. 2,4% dos procedimentos realizados foram de odontologia cirúrgica básica, 2,01% foram de periodontia, 0,87% foram de endodontia e 0,64% de odontologia cirúrgica especializada. Manutenção/ moldagem correspondeu a 0,002%.

No ano de 2009, 70,11% foram procedimentos coletivos. Os procedimentos individuais preventivos equivalem a 17,77%. A odontologia cirúrgica básica corresponde a 4,39% e a periodontia a 5,55%. A endodontia representa 1,29% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada 0,87% e os procedimentos de moldagem/manutenção correspondem a 0,02%.

Em 2010, 67,77% foram de procedimentos coletivos, 18,89% foram procedimentos individuais preventivos, 4,96% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 6% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,39% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,97% e a moldagem/manutenção 0,02%.

Em 2011, 38,99% foram de procedimentos coletivos, 48% foram procedimentos individuais preventivos, 6,64% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 2,55% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,4% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,41% e a moldagem/manutenção 0,01%.

Em 2012, 30,04% dos atendimentos foram de procedimentos coletivos, 65,62% foram procedimentos individuais preventivos, 2,17% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 1,61% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,21% dos atendimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,34% e a moldagem/manutenção 0,01%.

Em 2013, 79,81% foram de procedimentos coletivos, 12,17% foram procedimentos individuais preventivos, 3,11% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 3,58% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,51% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,69% e a moldagem/manutenção 0,12%.

Em 2014, 73,37% foram de procedimentos coletivos, 16,11% foram procedimentos individuais preventivos, 4,37% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 4,11% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,69% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 0,86% e a moldagem/manutenção 0,49%.

Em 2015, 57,17% foram de procedimentos coletivos, 28,5% foram procedimentos individuais preventivos, 5,96% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 5,4% de periodontia. A endodontia corresponde a 0,98% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica

especializada a 1,2% e a moldagem/manutenção 0,8%.

Em 2016, 46,19% foram de procedimentos coletivos, 34,06% foram procedimentos individuais preventivos. 7,6% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,85% de periodontia. A endodontia corresponde a 1,23% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,54% e a moldagem/manutenção 1,52%.

Em 2017, 33,45% foram de procedimentos coletivos, 43,52% foram procedimentos individuais preventivos, 10,22% foram procedimentos de odontologia cirúrgica básica e 7,66% de periodontia, a endodontia corresponde a 1,34% dos procedimentos, a odontologia cirúrgica especializada a 1,73% e a moldagem/manutenção 2,08%.

4.2.1 Gastos com Procedimentos por Macrorregião

As Tabelas 13 a 19 apresentam os gastos com procedimentos nas Macrorregiões Catarinenses entre 2008 e 2017.

Tabela 13 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Sul entre 2008 e 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	5.468	5.257	689	1.015	3.097	875	1.099	246	178	95
Individuais	2.904	1.436	991	1.522	407	2.574	2.926	3.468	5.203	4.631
Cirurgia Básica	20.119	31.398	52.785	79.147	83.872	56.820	79.737	86.402	98.453	128.399
Periodontia	13.365	10.847	15.028	8.701	9.405	14.076	17.158	17.570	16.531	18.633
Endodontia	35.096	29.911	37.128	35.203	31.172	43.176	11.701	9.745	13.661	17.425
Cirurgia Especializada	39.529	45.545	56.559	83.995	89.684	55.770	77.139	83.476	99.955	105.201
Manutenção/Moldagem	0	14	100	174	34	934	974	542	251	791
Total	116.480	124.407	163.281	209.758	217.669	174.223	190.735	201.449	234.232	275.175

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Tabela 14 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste entre 2008 e 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	1204	14486	483	10819	8459	7668	140	81	73	46
Individuais	4586	5428	7165	10178	145076	249489	663718	431486	286195	295047
Cirurgia Básica	43416	44759	51727	83118	120892	164240	122825	153082	110850	112293
Periodontia	13749	15669	21580	39985	39977	41417	22942	29896	24031	23451
Endodontia	35396	28513	27264	29366	24449	58384	23473	24208	25697	23260
Cirurgia Especializada	73079	94393	89184	95161	183112	268342	152529	167547	130650	123356
Manutenção/Moldagem	51562	57407	41606	124502	90151	61064	70924	108748	95849	104189
Total	222991	260654	239009	393129	622116	850604	1056551	915048	673344	681642

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Tabela 15 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Meio Oeste e Serra Catarinense entre 2008 e 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	216	429	359	2106	1404	613	381	340	189	367
Individuais	0	310	287	117	632	73	1564	1964	3400	2175
Cirurgia Básica	6918	47498	12229	19389	20708	22576	40722	49227	63502	86541
Periodontia	12034	17106	24245	24833	22960	22918	15515	12960	14804	15617
Endodontia	8999	18034	20556	31327	21341	17154	16033	13145	13103	18536
Cirurgia Especializada	38698	57630	41881	63783	63581	43045	57433	56368	64693	86778
Manutenção/Moldagem	1492	1721	729	3054	16470	28633	36782	27198	22913	15425
Total	68357	142727	100287	144610	147096	135015	168430	161202	182604	225440

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Tabela 16 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Grande Oeste entre 2008 e 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	437	381	718	6499	3861	4107	1925	302	113	478
Individuais	1430	3157	2476	2552	3906	2365	4791	3239	3553	1142
Cirurgia Básica	18173	25905	34023	76218	103768	71902	84925	87613	156293	157933
Periodontia	8109	12538	11909	10844	15895	15356	17730	11494	13346	16059
Endodontia	10731	18178	25537	34696	37077	30575	22609	14676	17440	20945
Cirurgia Especializada	39734	49449	66560	108449	134628	96749	111130	107273	138174	130560
Manutenção/Moldagem	2225	2180	1812	1108	877	853	875	1320	2633	2366
Total	80838	111788	143036	240365	300013	221906	243985	225916	331551	329483

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Tabela 17 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Grande Florianópolis entre 2008 e 2017.

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	0	24	0	178	756	181	845	578	281	367
Individuais	1746	41428	86019	181070	139259	118522	75390	79245	68363	60425
Cirurgia Básica	5653	24895	48771	87733	85616	69472	86692	112512	156493	119869
Periodontia	32322	58550	41155	26220	29309	24912	31422	28095	35895	29983
Endodontia	30348	44531	44440	37724	35248	15600	20775	42081	29511	23795
Cirurgia Especializada	61538	141214	108470	168167	112374	84938	109855	130756	167422	140680
Manutenção/Moldagem	3779	6190	3178	2249	2867	184	303	461	409	1753
Total	135386	316834	332033	503341	405429	313809	325282	393728	458374	376872

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Tabela 18 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Foz do Rio Itajaí entre 2008 e 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	27	246	583	788	1199	1326	3734	2333	2071	2122
Individuais	176	432	1112	1103	1436	3592	2840	3770	3367	3317
Cirurgia Básica	18940	27785	41536	58519	61392	60173	89683	74604	78562	90930
Periodontia	8952	13328	17733	15816	18859	19397	20539	21468	16389	18542
Endodontia	12843	15212	17870	22355	21949	18285	19218	20698	19402	20314
Cirurgia Especializada	32767	33340	48521	68500	63473	69439	94783	87316	93646	123632
Manutenção/Moldagem	65	0	2	1	58	169	198	154	80	90
Total	73770	90343	127358	167083	168365	172381	230995	210342	213518	258948

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

Tabela 19 - Gastos (em R\$) com procedimentos na Macrorregião Alto Vale Itajaí entre 2008 e 2017

Tipo de Procedimento	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coletivos	637	78	0	130	24	775	0	103	0	340
Individuais	0	0	77	33	132	5358	2002	231	839	3559
Cirurgia Básica	6394	9064	19567	51567	64811	93450	104080	143689	147579	119415
Periodontia	8497	16382	9375	13498	16512	26974	18123	16767	20703	15572
Endodontia	28741	34508	37692	22123	13813	18810	19607	25270	29230	20678
Cirurgia Especializada	13995	22879	25280	55089	64958	91233	97526	122037	131145	103205
Manutenção/Moldagem	2	12	5	2	8	28	90	494	362	102
Total	58268	82924	91996	142442	160258	236629	241427	308590	329858	262870

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (2021).

4.3 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO REGIONAL

Nesse tópico serão apresentados os índices de desenvolvimento humano das Macrorregiões e os respectivos gastos com os procedimentos ambulatoriais de saúde bucal.

A Tabela 20 apresenta o IDHM geral, educação, longevidade e rendadas Macrorregiões Catarinenses.

Tabela 20 - IDHM Geral, Educação, Longevidade e Renda das Macrorregiões de SC

Macrorregião	GERAL		EDUCAÇÃO		LONGEVIDADE		RENDA	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Sul	0,744	0,742	0,660	0,665	0,853	0,858	0,735	0,734
Planalto Norte e Nordeste	0,740	0,738	0,660	0,643	0,854	0,856	0,720	0,719
Meio Oeste e Serra	0,718	0,721	0,619	0,622	0,839	0,835	0,715	0,722
Grande Oeste	0,726	0,719	0,633	0,625	0,838	0,833	0,723	0,728
Grande Florianópolis	0,736	0,740	0,626	0,625	0,860	0,865	0,743	0,739
Foz do Rio Itajaí	0,765	0,756	0,671	0,660	0,876	0,873	0,763	0,750
Alto Vale do Itajaí	0,739	0,739	0,636	0,633	0,854	0,859	0,744	0,742

Fonte: IBGE (2017).

Os dados demonstram que nos valores apresentados de IDHM geral os resultados são bastante próximos aos valores da mediana, que indica ser menor a desigualdade social. O maior índice foi observado na Foz do Rio Itajaí (0,765) e o menor, na Região Meio Oeste e Serra Catarinense (0,718). O IDHM educação é o que apresenta os piores índices em todo o Estado, com o maior índice registrado na região de Foz do Rio Itajaí (0,671) e o menor índice é o da região Meio Oeste e Serra Catarinense (0,619), refletindo a tendência apresentada no IDHM geral.

No IDHM longevidade, o maior índice foi o da região Foz do Rio Itajaí (0,876) e os menores índices foram os do Grande Oeste (0,838) e do Meio Oeste e Serra Catarinense (0,839).

Também no IDHM renda, a região de maior índice é a Foz do Rio Itajaí (0,763), enquanto o Meio Oeste e Serra catarinense possui o menor índice (0,715). A tabela 14 apresenta o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* por Macrorregião em 2017.

Tabela 21 - PIB per capita por Macrorregião – 2017 (em R\$)

Macrorregião	PIB per capita
Sul	30718,33
Planalto Norte e Nordeste	44944,17
Meio Oeste e Serra Catarinense	35826,61
Grande Oeste	35064,84
Grande Florianópolis	36131,33
Foz do Rio Itajaí	56404,28
Alto Vale do Itajaí	40230,88

Fonte: IBGE (2017).

Quanto ao PIB *per capita*, observa-se que o maior valor está concentrado na região do Foz do Rio Itajaí e o menor na Região Sul de Santa Catarina. Foram realizadas análises de correlação entre PIB, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e procedimentos de Saúde Bucal, porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as regiões.

5 DISCUSSÃO

Acerca da produção ambulatorial em saúde no Estado de Santa Catarina, na série histórica entre os anos de 2008 e 2017, observa-se uma evolução irregular no número de procedimentos. Com um início promissor, saltando de pouco mais de 5,6 milhões de procedimentos realizados em 2008 para mais de 6,4 milhões em 2009, um incremento de aproximadamente 14,4%. Porém, no ano de 2010, apresentou uma queda acentuada no número de procedimentos de quase 28%. O número voltou a crescer a partir de 2011 e o ápice da produção odontológica ambulatorial ocorreu no ano de 2014, com 7658 procedimentos realizados. Entretanto, o número de procedimentos realizados voltou a cair a partir de 2015, somando menos de 75 procedimentos por cada 100 habitantes no ano de 2015 e em 2016, e menos de 50 procedimentos por cada 100 habitantes em 2017.

Frente a isso, devido ao congelamento de gastos após a aprovação da Emenda Constitucional no 95/2016 (BRASIL, 2016), sendo a atual agenda neoliberal de privatizações e cortes de gastos, a manutenção da oferta de procedimentos pode ter sofrido a partir desta emenda, estando o aporte financeiro incompatível a um sistema de saúde universal, integral e de qualidade.

A elevação no período entre 2008 e 2014 é resultante do maior número de procedimentos individuais preventivos, que apresentou crescimento de mais de 150% de 2008 para 2014, mas chegou em 2017 a números mais baixos de procedimentos que 2008. A exceção são os procedimentos de periodontia, que acompanhavam a mesma tendência, de crescimento até 2014 e decréscimo após, mas que no ano de 2017 teve um aumento substancial no número de procedimentos, crescendo aproximadamente 143%, chegando 69,35 procedimentos por cada 100 habitantes em 2017, ante 29,08 por cada 100 habitantes do ano anterior.

Os dados da literatura de Chisini et al. (2019), corroboram com os resultados do presente estudo, que verificou um crescimento linear positivo a partir de 2008 no procedimento de periodontia, a nível nacional. Os procedimentos coletivos tiveram seu maior número nos anos de 2008 e 2009. O ano de 2017 foi o que teve menor número de procedimentos coletivos realizados. Corroborando da série histórica no período de 1999 e 2017, do estudo de Chisini et al. (2019), que apontam uma redução nos procedimentos coletivos no cenário nacional. Os procedimentos individuais preventivos tiveram maior número no ano de 2012, sendo o menor número de procedimentos em 2017.

No estudo de Lambassi, Mialhe e Costa (2022), houve um aumento dos procedimentos individuais no ano de 2017 e estabilidade nos outros anos. Já os procedimentos

coletivos mantiveram em crescimento no período estudado (2015-2017). Dessa forma, verifica-se que o ápice da produção odontológica ambulatorial em Santa Catarina ocorreu no ano de 2014 e o menor número de procedimentos ocorreu no ano de 2017. Os dados evidenciam uma tendência de crescimento entre 2008 e 2014, com exceção de 2010, e queda acentuada no número de procedimentos nos três últimos anos da série analisada (2015, 2016 e 2017).

No estudo de Cristo (2020), observou um aumento de 51.5% no gasto público federal no período de 2003 a 2013 com a assistência odontológica ambulatorial. Vale destacar que investimentos na qualificação da gestão é necessário para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde bucal, conforme cita Neves, Giordani e Hugo (2019).

Nesse sentido, os programas de investimentos como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) vêm como uma estratégia de indução de melhorias de acesso e qualificação de serviços com repasse de recursos, incluindo a saúde bucal na agenda de prioridade de gestão. Foi então instituído em 19 de julho de 2011, pelo MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) através da Portaria nº 1.654 GM/MS (BRASIL, 2015).

Destaca-se a identificação da sobreposição da questão territorial e demográfica sobre a questão econômica no que tange a prestação dos serviços ambulatoriais no Estado de Santa Catarina, evidenciado pelos gastos com procedimentos realizados e números de atendimento nas regiões de menor concentração populacional e com maiores distâncias dos centros de Saúde foram equivalentes aos gastos nas regiões com menor área e maior população.

Posto isso, corrobora com a afirmação de Mendes (2011, p. 45), que define que as demandas e preferências sociais derivam de sua demografia. Com isso, os sistemas de saúde precisam ser adequados para a demografia e geografia de cada região. Assim, compreende-se que a demografia e geografia interferem na realização dos procedimentos ambulatoriais odontológicos mais do que a questão econômica.

Do mesmo modo, vai de encontro ao que pontua Sevalho (2016, p. 618), quando define que o conceito de território é mais do que a relação de posse e propriedade, pois envolve cultura, crença, realidade macroeconômica, política e religiosa. Para o autor, as ações de promoção de saúde precisam ser adequadas a realidade comunitária e não praticada verticalmente.

A incorporação do cirurgião dentista à Equipe Saúde da Família aconteceu por meio da Portaria 1.444/2000 do MS (BRASIL, 2000). No Brasil, entre 2002 e 2008 o número de Equipes de Saúde Bucal aumentou 407%, passando de 4261 para 17349 equipes. Conforme

demonstrado no estudo de Antunes e Narvai (2010), onde houve um aumento de ESB no Brasil a partir de 2000. Até 2008 foram implantados 671 CEO e 321 LRPD. Em Santa Catarina, em 2017 havia 39 Centros de Especialidades Odontológicas oriundos de recursos de cofinanciamento federal e estadual. De acordo com Godoi et al. (2013), a partir dos elementos constitutivos das RAS, a atenção à saúde bucal passa a ter uma maior capacidade resolutiva, na atenção básica e no cuidado multiprofissional.

Do mesmo modo, Mendes (2019), aponta que as variáveis: planejamento contínuo das ações multiprofissional da ESF, análise de indicadores de saúde bucal e a avaliação da condição de saúde bucal da população são importantes para um bom e integral funcionamento do sistema. Ainda assim, quanto mais organizada for a atenção à saúde bucal na atenção primária, mais resolutiva e menor os custos, pois haverá menos encaminhamento para os níveis secundários e terciários.

Além disso, segundo Siqueira et al. (2021), entende-se que o crescimento expressivo de ESB e o consequente número aumentado de profissionais atuando na ESF e de ações coletivas possam contribuir à uma redução da demanda por procedimentos ambulatoriais e especializados ao longo do tempo. Stein et al. (2020), constataram que a presença de CEO está associada a um menor número de procedimentos cirúrgicos básicos na atenção básica, e ainda sugere que a organização das redes poderia melhorar para uma menor proporção no número desses procedimentos cirúrgicos.

A expansão decorrente da PNSB e a política de integralidade proposta por ela refletem-se na criação dos CEO e da estratégia de atenção secundária em saúde bucal de referência para atenção básica e com a oferta de serviços especializados. Apesar de representar um importante instrumento de atenção integral para a saúde bucal, o modelo piramidal como os CEO foi concebido apresenta uma dificuldade em promover a integração da atenção básica com a atenção especializada, devido à dificuldade de acesso a serviços especializados por parcela da população com localização geográfica mais distante dos centros regionais e a alta demanda nos ambulatórios evidenciam que a dinâmica do acesso ao sistema precisa ser melhorada, conforme enfatiza Reses (2011).

De acordo com Godoi, Mello e Caetano (2014, p. 322), em muitos municípios as redes de atenção à saúde bucal não são adequadas para as populações e suas demandas, devido não realização de levantamentos epidemiológicos nessas áreas, o que limita o planejamento regional e ações e serviços futuros para a base territorial. Dessa forma, tal limitação ao planejamento de base territorial, apontado nos últimos Planos Estaduais de Saúde de Santa

Catarina, influi negativamente na organização da rede de atenção à Saúde bucal no Estado.

Nessa perspectiva, destaca-se o sistema de referência e contrarreferência que necessita de aperfeiçoamento para a plenitude de seu funcionamento. A implantação dos CEO foi imperativa para o aumento da produção de procedimentos especializados em odontologia. Entretanto, problemas na gestão dos serviços e na relação entre atenção básica e especializada podem trazer baixa produtividade e baixa taxa de uso dos serviços nos CEO. Para Gabriel et al. (2020, p. 861), um grande impulsionador do aumento do número de municípios com ESB implantadas foi o programa Brasil Sorridente, culminando no ano de 2015 em 90% dos municípios brasileiros com ESB implantadas. No que tange a cobertura populacional, o aumento observado entre 2007 e 2015 foi de 10,46%.

De acordo com Reses (2011), alguns dados sobre a produtividade dos CEO de Santa Catarina foram apresentados em uma oficina de capacitação para gestores em outubro de 2010 em Florianópolis. A Coordenação Nacional de saúde Bucal monitorou a produção dos 38 CEO do Estado no ano de 2009 e constatou que 71% dos CEO não cumpriram a meta em endodontia; 47% não cumpriram a meta em periodontia; 82% não cumpriram a meta em cirurgia especializada e 34% não cumpriram a meta na especialidade de pacientes especiais. O percentual médio de produção dos CEO que não cumpriram a meta nestas especialidades foi de apenas 33,1%. Segundo Reses (2011), a maior parte dos municípios justificou o não atingimento das metas como falta de Cirurgiões dentistas para atendimento nos CEO.

De acordo com a pesquisa realizada identificou-se que a produtividade dos CEO vem caindo progressivamente enquanto os custos aumentam consideravelmente. Tal fato é corroborado pela pesquisa de Reses (2011), estabelecendo-se uma correlação entre a falta de estrutura dos CEO, a falta de profissionais de Odontologia e a falta de uma sistemática de referência e contrarreferência que funcione. Isso reflete nos resultados negativos e nos custos cada vez maiores para os tratamentos curativos. Além da ausência de protocolos, alta demanda e filas de espera prolongadas, baixa resolutividade na atenção básica e dificuldades no financiamento, que podem influenciar na oscilação dos dados apresentados no estudo.

Posto isso, segundo Mendes (2019), a formação curricular, cursos de educação continuada e de aperfeiçoamentos influenciam no desempenho do profissional na prática e consequente nas organizações dos serviços em rede, a fim de garantir assistência odontológica das diferentes demandas. Além disso, outra associação que a autora traz com o desempenho desses profissionais é a forma de ingresso do profissional no sistema, onde a estabilidade do vínculo empregatício através de concurso público influencia de forma positiva.

Quando analisamos por Macrorregião de Saúde, observa-se que a questão econômica não é relevante para a aplicação de recursos para os procedimentos odontológicos em Santa Catarina. Tal fato se explica pela aplicação de recursos em cada região em função do PIB *per capita*. Regiões com PIB maiores realizam menor investimento em procedimentos. Com exemplo, a Região da Foz do Rio Itajaí, possui apenas 10% da população total do estado enquanto o PIB per capita é o maior do Estado, acima de 56 mil reais. O total de investimentos na região representa 16% do total investido no estado.

Já a região do Planalto Norte e Nordeste, com 20% da população do estado possui um PIB per capita de pouco menos de 45 mil reais e os investimentos totalizaram mais de 21% do total investido no estado. Dessa forma, infere-se que a os índices populacionais interferem mais no investimento realizado do que a questão econômica.

Em relação ao IDHM, também não é possível estabelecer relação entre o índice de cada região e o valor empenhado para os atendimentos ambulatoriais odontológicos, tendo em vista que a diferença nos índices de desenvolvimento é muito pequena, diferente da questão dos investimentos por região, em que regiões geograficamente mais distantes acabam recebendo menos investimento. A Região da Serra e Meio Oeste, por exemplo, embora tenha um PIB Per Capta maior que o da Região Sul, teve menor aplicação de recursos e quase 50 mil atendimentos a menos, devido principalmente a dificuldade de acesso pelas distâncias muito maiores dos locais de atendimentos especializados.

Entretanto, a Região do Alto Vale do Itajaí realizou maior quantidade de procedimentos com o mesmo valor gasto da Região da Serra e Meio Oeste, resultado da melhor aplicação dos recursos, com maior valor gasto na atenção básica na Região do Alto Vale, ou seja, na prevenção, diminuindo os gastos com procedimentos curativos, mas também em decorrência de possuir uma área muito menor do que a Região da Serrana para ser coberta pelos atendimentos. Nesse sentido, Paganelli (2018), infere que o risco de desenvolvimento de cárie dentária e outras doenças bucais está relacionado com fatores como o acesso à informação, a água e dentifrício fluoretados ao longo da vida e ao aumento da cobertura pelas ESF, que fazem um trabalho intenso de promoção e prevenção de saúde.

Porém, no estudo de Stein et al. (2020), foi constatado que uma menor realização de procedimentos cirúrgicos básicos está associada à municípios que possuem maior IDH e PIB, além da cobertura de ESB e da presença de CEO, observando-se que populações em piores condições socioeconômicas não estão inteiramente incluídas nas redes e por isso são mais susceptíveis a procedimentos mutiladores em saúde bucal.

Logo, verifica-se que a estratégia de Santa Catarina de implantar um CEO para cada 250 mil habitantes não atende as necessidades ante as características inerentes a cada macrorregião de saúde, fato que resta evidenciado pelos resultados que demonstram que áreas com menor densidade populacional, como a região da Serra e Meio Oeste, possuem menos atendimentos realizados do que regiões com alta densidade populacional, como a Grande Florianópolis, o Vale do Itajaí e o Planalto Norte. Paula et al. (2016), afirmam que o fator geográfico assume responsabilidade no acesso aos serviços de saúde bucal. Os indivíduos buscam serviços mais próximos aos locais onde residem e, desta forma, quanto maior a distância menor a probabilidade de procurarem o serviço de saúde e mais expostos aos fatores de risco estarão.

A adoção de critérios baseados no tamanho da população para a divisão regional causa distorções, distanciando os serviços de saúde bucal de um atendimento voltado para a vigilância a saúde e desconsidera o princípio da equidade. Assim, ocorre a precarização de atendimentos pelas condições territoriais discrepantes e os resultados obtidos não são os esperados. Foi constatado tal aspecto no estudo realizado por Godoi, Mello e Caetano (2014, p. 323), de que os a atenção terciária e o atendimento de pacientes PNE em hospitais ainda não possuem uma quantificação ideal devido à falta de dados pormenorizados que sigam os conceitos de escala e escopo.

De acordo com o que cita Reses (2011), muitas dificuldades estão envolvidas neste processo, como a dificuldade de locomoção necessitando de transporte público, na ausência de transporte privado, falta de renda para poder optar por este transporte e até limitações físicas que impossibilitam caminhadas de longas distâncias ou o deslocamento até o serviço de saúde.

Do mesmo modo, Colussi e Calvo (2011), apresentaram um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de atenção em saúde bucal dos municípios de Santa Catarina de diferentes portes constatando que o número de profissionais auxiliares é desproporcional ao número de cirurgiões-dentistas, que acaba precarizando a alta cobertura e prejudicando o princípio da integralidade da atenção em saúde bucal.

Para Cunha e Vieira-da-Silva (2010), a dimensão estrutural é a que possui maior grau de influência sobre os resultados obtidos pela política de saúde bucal. Tal fato ocorre também em Santa Catarina, sendo que o número de especialidades mínimas obrigatórias não é oferecido em todos os CEO. A descentralização, reorganização e realocação dos serviços de saúde podem contribuir para a redução dos riscos de doenças bucais, através de uma melhor distribuição geográfica das unidades de atendimento básico e dos CEO, garantindo a

possibilidade de acesso a todos.

Mesmo com a redução apresentada nos investimentos federais no ano de 2017, verificou-se que a atenção odontológica especializada segue aumentando em detrimento da atenção básica, o que representa a falha na estratégia de prevenção, o que resulta no não atingimento da integralidade definida pela PNSB. Mas ainda assim, segundo Siqueira et al. (2021), é necessário considerar que nas fontes oficiais do Sistema de Informações do Ministério da Saúde pode haver subnotificações, onde os sistemas ainda são fragmentados e acabam dificultando o acesso aos dados.

6 CONCLUSÃO

Ao analisar os dados ambulatoriais referente a saúde bucal em Santa Catarina entre os anos de 2008 e 2017, os procedimentos de Periodontia, Endodontia, Cirurgia Especializada e Manutenção/Moldagem são os que receberam o maior volume de recursos. Em todo o período analisado, maior aporte de recursos não resultou em maior oferta de serviços, tendo em vista que os procedimentos de baixa complexidade e os voltados para a prevenção foram deixados de ser realizados e aumentaram os procedimentos que demandam maior aporte financeiro.

Cabe destacar que a melhora do nível de saúde bucal da população está diretamente ligada a ampliação dos recursos, que ficaram limitados devido a implantação no Brasil do teto de gastos que restringe a ampliação dos recursos para a Saúde como um todo

Um importante aliado para a reformulação de políticas públicas voltadas para a saúde bucal é o SAI-SUS, que permite a análise da estratégia em nível municipal, estadual e federal, quando relaciona quantidade, tipo de atendimento e gastos efetuados. Porém, ao que tudo indica, os dados do SIA-SUS ainda são pouco utilizados no desenvolvimento dessas políticas.

Contudo, não foi possível estabelecer uma correlação entre o valor aprovado anual, por tipo procedimento em saúde bucal com o IDHM de cada Região de Saúde, no período de 2008 a 2017, observando-se o mesmo padrão de aplicação de recursos em todas as regiões, sendo que os procedimentos se tornam menos acessíveis e mais caros nas regiões com maior área geográfica, concluindo-se que os principais fatores de influência no número de atendimentos e nos custos dos mesmos são a demografia e as características geográficas.

Vale dizer que novos estudos são necessários para identificar o real motivo de se priorizar os procedimentos de custo mais elevado quando era possível expandir os procedimentos de prevenção e investir na atenção de baixa tecnologia. Também é necessário realizar novos estudos que investiguem os efeitos da chamada Proposta de Emenda à Constituição (PEC) da austeridade fiscal que diminui os investimentos federais na saúde e tem efeitos negativos na saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 360-365, 2010.

BOTAZZO, C. CHAVES, S. C. L. **Saúde Bucal Coletiva**: Antecedentes e estado da arte. In: BOTAZZO, C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2013.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus>. Acesso em: 3 set. de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010**. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 17/SAS, de 15 de janeiro de 2013**. Inclui, na tabela de tipo de equipes do SCNES, equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado 101 Estratégia de Saúde de Família. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria No 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 15 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Brasil Sorridente. **Cidades Atendidas com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>. Acesso em 20 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. 2000.

CHISINI, Luiz Alexandre; MARTIN, A. S. S.; PIRES, A. L. C.; NORONHA, T. G.; DEMARCO, F. F.; CONDE, M. C. M.; CORREA, M. B. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 345-353, 2019.

COELHO, E. B. S. et al. A experiência da Formação Multiprofissional em Saúde da Família em Santa Catarina. **Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS**. Recife: Editora Universitária UFPE, v. 1, p. 242-262, 2014.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1731-1745, 2011.

COSTA, Elisa Maria Amorim da Costa; CARBONE, Maria Herminda. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. In: **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. 2009. p. 260-260.

CRISTO, Cínthia Sampaio; MENDES, Á. N.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Gasto federal com ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde no período de 1995 a 2013. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. ág. 103-114, 2020.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 725-737, 2010.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. 2012. UNA-SUS: UNIFESP. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/10234>. Acesso em 24 jun. 2021.

GABRIEL, Mariana; CAYETANO, M. H.; CHAGAS, M. M.; ARAUJO, M. E. D.; DUSSAULT, G.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ALMEIDA, F. C. S. D. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 859-868, 2020.

GIGANTE, Enio Carvalho; GUIMARÃES, Jaciane Pinto. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 66-77, 2013.

GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de; CAETANO, Joao Carlos. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 318-332, 2014.

GODOI, Heloisa; DE MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C.; ZANARDI, E. Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte [Oral Health Care Network: Limitations and Challenges in a Large Municipality of Santa Catarina, Brazil]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 4, p. 69-77, 2013.

GOES, Paulo Sávio Angeiras; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C. D.; SILVEIRA, F. M. D. M.; COSTA, J. F. R.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ROSALES, M. S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s81-s89, 2012.

GOMES, Francisco Maglionio; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 893-902, 2011.

HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C.; CASTRO, I. E. D. N.; TELES JÚNIOR, E.; CORTIZO, C. T.; KAYANO, J. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2877-2887, 2011.

IAMBASSI, Raísa Machado Euzébio; MIALHE, Fábio Luiz; DA COSTA SILVA, Cristiane Maria. Avaliação da cobertura populacional e caracterização do perfil de assistência odontológica como ferramenta para planejamento de atividades de integração ensino-serviço-comunidade. **Arquivos em Odontologia**, v. 58, p. 47-56, 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: panorama** - Santa Catarina. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 29 jul. 2021.

LUCENA, Edson Hilan Gomes; PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo; SOUSA, Maria Fátima. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

MATOS, Emmanoel Matheus de Oliveira; DE OLIVEIRA, C. C. S.; DA SILVA SOUZA, T. F.; DO NASCIMENTO, M. D. C.; DOS SANTOS SOUZA, T. G. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4383-4395, 2020.

MATTOS, Grazielle Christine Maciel; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 373-382, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Suellen da Rocha. **Perfil dos cirurgiões-dentistas e sua influência sobre o desempenho das equipes de saúde bucal atuantes no sistema único de saúde brasileiro.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. 2019.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1809-1820, 2019.

PAGANELLI, Ana Paula Debiassi. **A cárie dentária ao longo de 45 anos (1971-2016) em Florianópolis: uma abordagem com escolares de 12-13 anos de idade.** 2018.

PAULA, Cristiane Cardoso; SILVA, C. B.; TASSINARI, T. T.; MELLO PADOIN, S. M. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, 2016.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe.** In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Orgs.). Dicionário de educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 419-426.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; MARTELLI, P. J. L.; SOUZA, W. V.; ACIOLI, R. M. L. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad Saúde Pública**, 2012.

REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI, Daniela Lemos. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 56-64, 2015.

RESES, M. L. N. **Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina.** [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis: UFSC, 2011. 151 p.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A. D.; JORGE, M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 464-470, 2008.

SANTOS, Ialane Monique; SANTOS, Adriano Maia. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, M. D. D. A.; CHAVES, S. C. L.; MENEZES, E. L. C. D. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 233-246, 2018.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 721-725, 2009.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3203-3212, 2013.

SES/SC. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Plano estadual de saúde 2020-2023**. Florianópolis: SES, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude>. Acesso em 10 ago. 2021.

SES/SC. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. DAPS/DIVS/DIVE/SES/COSEMS/SC. **Nota Técnica Conjunta nº 014/2020**. SEVALHO, G. **Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde**. *Physis*. 2016;26(2):611-32.

SIQUEIRA, Paula Mayumi; UMEDA, J. E.; TERADA, R. S. S.; GIOZET, A. F.; LEITE, J. S.; PALUDETTO JUNIOR, M.; FUJIMAKI, M. Associação da implantação de Equipes de Saúde Bucal com ações coletivas e exodontia no Estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3705-3714, 2021.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Revista Ciência e Saúde coletiva**, 14; 2009.

STEIN, Caroline; SANTOS, K. W. D.; CONDESSA, A. M.; CELESTE, R. K.; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00054819, 2019.

VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci; SCATENA, João Henrique. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

APÊNDICES

