

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Odontologia



Tese de Doutorado

**Avaliação do conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência
Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal -
Brasil Sorridente**

Denise Ribeiro Santos

Brasília- DF, 18 de dezembro de 2025

Denise Ribeiro Santos

Avaliação do conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Odontologia.

Orientador: Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Brasília - DF, 2025

Denise Ribeiro Santos

Avaliação do conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente

Tese de Doutorado aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior (Orientador)

Profa. Dr.

Prof. Dr.

*Dedico esse trabalho a mim e a todos que sempre estiveram ao meu
lado: meus pais, irmãos e amigos.*

*Dedico à Deus porque Ele é a razão da minha vida e aos meus
familiares, pois eles tornam minha vida repleta de amor e
cuidados e que, portanto, o apoio de todos eles é o que
me fez
concluir essa etapa tão importante em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

São muitos os agradecimentos e muitas as pessoas a quem eu gostaria de deixar registrado o meu muito obrigada.

A Deus, pela vida, pela proteção constante e por ser minha fonte de fé.

A minha amada mãe, Maria do Rosário, por ser meu exemplo de mulher virtuosa, amorosa e dedicada. Agradeço por sempre se dedicar, a mim e as minhas irmãs para que nós tivéssemos educação, princípios e valores.

Ao meu pai, Antônio Francisco, por me ensinar a ter humildade em todos os lugares e momentos, por ser um homem honesto e sincero.

A todas as minhas irmãs, em especial Joana Darc Ribeiro e Darkilene Ribeiro, ou melhor Professoras Joana Ribeiro e Darkilene Ribeiro, por despertarem em mim o amor pela docência, por me ajudarem de forma tão grandiosa. *“Muito obrigada!”*

As queridas pessoas: Breno, Carlos, Flaviana por me ajudarem, por serem solícitos, sempre me confortarem com palavras de incentivo e amizade e por terem se mostrado muito mais que verdadeiros amigos nesse momento de minha vida. As minhas amigas Natália e Flaviana que me emprestaram notebooks. *“Agradeço por tê-los em minha vida.”*

Ao Professor Gilberto Pucca por despertar em mim uma nova visão não apenas em saúde bucal coletiva como também em saúde pública no geral e por todo seu árduo trabalho e dedicação para tornar a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente uma realidade transformadora da saúde bucomaxilofacial da população brasileira, além de suas aulas sempre maravilhosas sobre Políticas de Saúde Bucal e Planejamento/Gestão em Saúde.

Aos professores do Programa de pós-graduação em Odontologia e Saúde Coletiva, pelas aulas ministradas e pelo conhecimento compartilhado.

Aos colegas que estiveram comigo durante o período da pós-graduação em Odontologia, por compartilharem momentos de risadas e tensões, e por serem profissionais de saúde bucal tão exemplares.

RESUMO

Avaliação do conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente

A trajetória das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) consolidou-se, ao longo das últimas décadas, como um dos mais importantes instrumentos de formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil. Tais conferências configuram espaços democráticos de escuta e deliberação social, permitindo que diferentes segmentos da sociedade (usuários, trabalhadores e gestores) contribuam de forma participativa para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Considerando a relevância histórica e política das CNS e a necessidade de fortalecer o debate sobre a saúde bucal no campo da Saúde Coletiva, o presente estudo buscou avaliar o nível de conhecimento dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente.

O objetivo central foi analisar, por meio de um instrumento estruturado de coleta de dados, a percepção dos delegados em relação a diversos aspectos: perfil sociodemográfico, nível de escolaridade, faixa etária, representatividade, conhecimento sobre o funcionamento do SUS, compreensão do papel da saúde bucal no sistema, familiaridade com a nova legislação (Lei nº 14.572/2023), e percepções sobre acesso, qualidade e equidade da atenção odontológica pública. Além disso, buscou-se compreender como a institucionalização da PNSB como política de Estado pode impactar na continuidade, no financiamento e na ampliação da cobertura dos serviços odontológicos no país.

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com amostra composta por 1.216 delegados(as) da 16ª CNS. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário autoaplicável, abordando dimensões relacionadas ao perfil dos participantes, ao uso dos serviços públicos de saúde, ao conhecimento da PNSB e à percepção sobre o processo deliberativo nas conferências. As análises foram conduzidas utilizando-se estatística descritiva, expressa em frequências absolutas e relativas, e inferencial, por meio do teste qui-quadrado e do coeficiente V de Cramer. O software utilizado foi o R (versão 4.4.1), que auxiliou na geração dos gráficos, tabelas e quadros.

Os resultados apontaram que 50% dos delegados são usuários(as) dos serviços de saúde, enquanto os outros 50% se distribuem igualmente entre gestores(as) e profissionais de saúde. A média de participação foi de 45 delegados por estado, sendo

Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro os mais representativos. A predominância foi do gênero feminino (54%), seguida pelo masculino (38,4%), com menor representação de pessoas transgênero (2,8%) e não-binárias (0,4%). A faixa etária mais prevalente foi de 30 a 40 anos (50%), seguida por 18 a 30 anos (26,5%).

Em relação ao conhecimento da PNSB, observou-se um déficit expressivo: 66,7% dos gestores, 75,5% dos profissionais e 92,8% dos usuários declararam não conhecer a política. O teste qui-quadrado revelou associação estatisticamente significativa entre a categoria do delegado e o conhecimento da PNSB ($\chi^2 = 106,04$; $p < 2,2e-16$), embora o V de Cramer (0,30) indique associação fraca. O instrumento de pesquisa foi validado com êxito. Os resultados evidenciam que o tema da saúde bucal ainda é pouco debatido nas CNS, reforçando a necessidade de ampliar estratégias de formação e conscientização para consolidar a saúde bucal como componente essencial do SUS e das políticas públicas de saúde no Brasil.

Palavras chaves: conferência nacional de saúde; sistema único de saúde; política nacional de saúde; brasil sorridente.

ABSTRACT

Assessment of the knowledge of delegates at the 16th National Health Conference regarding the National Oral Health Policy - Smiling Brazil

The trajectory of the National Health Conferences has consolidated itself, over the last few decades, as one of the most important instruments for the formulation, monitoring, and evaluation of public health policies in Brazil. These conferences constitute democratic spaces for listening and social deliberation, allowing different segments of society (users, workers, and managers) to contribute in a participatory way to the improvement of the Unified Health System. Considering the historical and political relevance of the CNS and the need to strengthen the debate on oral health in the field of Public Health, this study sought to evaluate the level of knowledge of the delegates of the 16th National Health Conference regarding the National Oral Health Policy (PNSB) – Smiling Brazil.

The central objective was to analyze, through a structured data collection instrument, the delegates' perception regarding various aspects: sociodemographic profile, level of education, age group, representativeness, knowledge about the functioning of the SUS (Brazilian Unified Health System), understanding of the role of oral health in the system, familiarity with the new legislation (Law nº 14.572/2023), and perceptions about access, quality, and equity of public dental care. In addition, it sought to understand how the institutionalization of the National Oral Health Policy as a state policy can impact the continuity, financing, and expansion of coverage of dental services in the country.

This is an observational, cross-sectional, and descriptive study, with a sample composed of 1,216 delegates from the 16th National Health Conference. Data collection was carried out using a self-administered questionnaire, addressing dimensions related to the participants' profile, the use of public health services, knowledge of the National Oral Health Policy, and perception of the deliberative process in the conferences. The analyses were conducted using descriptive statistics, expressed in absolute and relative frequencies, and inferential statistics, using the chi-square test and Cramer's V coefficient. The software used was R (version 4.4.1), which assisted in generating the graphs, tables, and charts.

The results indicated that 50% of the delegates are users of health services, while the other 50% are equally distributed between managers and health professionals. The average participation was 45 delegates per state, with Minas Gerais, São Paulo, and Rio de Janeiro being the most representative. The predominant gender was female (54%), followed by male (38.4%), with less representation of transgender (2.8%) and non-binary (0.4%) people. The

most prevalent age group was 30 to 40 years (50%), followed by 18 to 30 years (26.5%).

Regarding knowledge of the National Oral Health Policy (PNSB), a significant deficit was observed: 66.7% of managers, 75.5% of professionals, and 92.8% of users stated that they were unfamiliar with the policy. The chi-square test revealed a statistically significant association between the delegate's category and knowledge of the PNSB ($\chi^2 = 106.04$; $p < 2.2e-16$), although Cramer's V (0.30) indicates a weak association. The research instrument was successfully validated. The results show that the topic of oral health is still under-discussed in the National Health Conferences, reinforcing the need to expand training and awareness strategies to consolidate oral health as an essential component of the Brazilian Unified Health System and public health policies in Brazil.

Keywords: national health conference; unified health system; national health policy; smiling brazil.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	A SAÚDE NO BRASIL E O SUS	15
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB).....	17
2.3	CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (CNS)	22
2.4	CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE BUCAL(CNSB)	24
3	OBJETIVO.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3.3	HIPÓTESE.....	28
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	29
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	29
4.3	GRUPO DE ESTUDO	29
4.4	AMOSTRAGEM	30
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA.....	31
4.6	PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	32
5	RESULTADOS (DO ITEM 5.1 A 5.12 ANÁLISES DESCRITIVAS UNIVARIADAS ITEM 5.13 A 5.18 ANÁLISES DESCRITIVAS BIVARIADAS)	37
5.1	CATEGORIA DO DELEGADO(A)	37
5.2	ESTADO DO DELEGADO(A).....	38
5.3	GÊNERO	40
5.4	IDADE.....	41
5.5	GRAU DE ESCOLARIDADE	43
5.6	CONHECIMENTOS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	45
5.7	UTILIZAÇÃO DO SUS PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	46
5.8	OCORRÊNCIA DE DOR DE DENTE NOS ÚLTIMOS DOZE MESES.....	49
5.9	PORTADOR DE PRÓTESE DENTÁRIA MÓVEL.....	50
5.10	CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI 8131/2017 QUE INSTITUI A PNSB NO SUS.....	51
5.11	CONHECIMENTO SOBRE A LEI 14572/2023 QUE INCLUI A PNSB NO SUS.....	53
5.12	GRAU DE RELEVÂNCIA SOBRE TEMAS RELACIONACIONADOS À SAÚDE BUCAL NA CNS	73
5.13	CATEGORIA DO DELEGADO X CONHECIMENTO DA PNSB	74
5.14	CATEGORIA DO DELEGADO X CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI 8131/2017	76
5.15	CATEGORIA DO DELEGADO X GRAU DE RELEVÂNCIA ATRIBUÍDO AOS TEMAS RELACIONADOS A SAÚDE BUCAL NO SUS	78
5.16	CATEGORIA DO DELEGADO X USO DE PRÓTESE DENTÁRIA MÓVEL	80
5.17	CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI 8131/2017 X GRAU DE RELEVÂNCIA ATRIBUÍDO AOS TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL NA CNS.....	82
5.18	GRAU DE RELEVÂNCIA ATRIBUÍDO AOS TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL NA CNS X PRESENÇA DE DOR DE DENTE NOS ÚLTIMOS DOZE MESES	84
6	DISCUSSÃO.....	92
7	CONCLUSÕES.....	96
8	REFERÊNCIAS.....	98

9 PRESS RELEASE	105
10 APÊNDICES	106
Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
Apêndice 2 – Instrumento de Coleta – Questionários I e II.....	109
11 ANEXOS	114
Anexo 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	114

1 INTRODUÇÃO

A trajetória das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) consolidou-se, no campo da Saúde Coletiva, como dispositivo de formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas a partir da escuta social estruturada [1]. Uma metassíntese publicada em 2020 sistematizou boas práticas acumuladas nas diferentes edições e mostrou que as conferências operam como arenas de deliberação capazes de articular demandas territoriais, traduzindo-as em diretrizes e prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os achados, destacam-se a importância de regras claras de representação, da preparação prévia em etapas locais e da publicização dos resultados, o que reforça a transparência e a accountability. Ao reunir atores estatais e sociedade civil organizada em processo escalonado, as CNS ampliam a capacidade do SUS de responder a contextos epidemiológicos e sociais diversos, preservando a centralidade do direito à saúde [1].

A literatura mais recente sobre o tema também enfatiza a ancoragem jurídico-institucional dessas conferências. Uma revisão integrativa de 2021 mapeou correntes analíticas sobre conselhos e conferências, sublinhando o papel da Lei nº 8.142/1990 na institucionalização da participação social e do controle social na saúde [2]. O estudo descreve como as conferências, em diálogo com conselhos de saúde, conformam um ciclo deliberativo que vai da proposição ao acompanhamento de políticas, com efeitos sobre planejamento e orçamento. Ressalta, ainda, tensões permanentes como a representação de usuários e a efetividade das resoluções que exigem arranjos metodológicos robustos para garantir legitimidade e capilaridade das decisões tomadas nos diferentes níveis federativos [2].

Em particular, a edição da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019) marcada como “8ª+8” por remeter à histórica 8ª Conferência de 1986 representa um momento estratégico de reafirmação dos fundamentos do SUS em contexto de desafios políticos e orçamentários. O relatório final aponta o tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS” e organizou os debates em três eixos: (I) Saúde como direito; (II) Consolidação dos princípios do SUS; (III) Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Esse processo envolveu etapas municipais, estaduais e a nacional, em Brasília de 4 a 7 de agosto de 2019.

Este relatório registra ampla participação de usuários, trabalhadores, gestores e movimentos sociais, bem como o protagonismo de conferências livres voltadas a temas como saúde da juventude, direitos LGBT+, populações negras e tradicionais. Entre as propostas aprovadas, destacam-se a revogação da Emenda Constitucional 95/2016, o fortalecimento do controle social e a garantia de financiamento público e sustentável para o SUS. Esse momento evidencia o protagonismo da deliberação social como instrumento de enfrentamento de retrocessos e reafirmação do SUS como política de Estado e não apenas de governo [3].

No quadriênio recente, a 17ª Conferência Nacional de Saúde (2023) tem papel central para compreender a vitalidade do mecanismo conferencial. O Relatório Final, publicado em 2025, documenta o processo deliberativo organizado em quatro eixos “O Brasil que temos, o Brasil que queremos”; “O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas”; “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia”; e “Amanhã será outro dia para todos, todas e todes” e apresenta diretrizes, moções e orientações estratégicas para o Plano Plurianual e o Plano Nacional de Saúde [4]. O documento explicita também dados sobre participação, perfil das delegações e atividades gerenciadas, evidenciando diversidade de segmentos e a retomada de coberturas temáticas após períodos de desfinanciamento e negacionismo científico [4].

A etapa de consolidação pré-plenária da 17ª CNS conferiu densidade técnica às deliberações. O Relatório Consolidado (versão preliminar, 2024) sistematizou 249 diretrizes e 1.214 propostas provenientes de 26 relatórios estaduais, um do Distrito Federal e 99 Conferências Livres Nacionais, preservando ideias centrais e códigos de rastreabilidade (“DNA”) por eixo (Conselho Nacional de Saúde). Esse material orientou os trabalhos de grupo e a plenária deliberativa, operando como base empírica para as decisões de alcance nacional. O documento descreve a codificação utilizada no sistema e-propostas e explicita o encadeamento entre mobilização ascendente (municipal/estadual) e mobilização horizontal (conferências livres), fortalecendo a coerência do processo deliberativo [5].

No plano temático, estudos publicados em 2024 analisam recortes específicos e apontam aderências e lacunas entre proposições conferenciais e agendas setoriais. A investigação sobre política de comunicação em saúde identificou resultados preliminares quanto à incorporação ou não de propostas de comunicação pública e transparência nas deliberações conferenciais [6]. Os achados sugerem que, embora

a pauta de comunicação apareça com força em momentos de crise sanitária, sua tradução em diretrizes operacionais depende de arranjos institucionais e de capacidade de implementação no pós-conferência. Tais evidências são valiosas para qualificar futuras metodologias de relatoria e monitoramento das deliberações [6].

A efetividade das CNS também está condicionada à qualidade da representação política nos espaços de controle social. Um artigo de 2024, ao examinar representação e representatividade nos conselhos de saúde, mostra como o desempenho dos representantes, inclusive usuários, influencia a qualidade da gestão participativa e a tradução das demandas sociais em atos administrativos [7]. O estudo discute desafios persistentes, como assimetrias de informação, rotatividade de representantes e limitações de formação, que podem repercutir no ambiente conferencial, seja na seleção de delegados, seja na consistência dos relatórios. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias contínuas de formação e de critérios de mandato que qualifiquem a interlocução entre sociedade e gestores [7].

Por fim, análises recentes sobre a atuação do Conselho Nacional de Saúde em políticas setoriais ajudam a dimensionar o alcance das deliberações conferenciais na agenda do SUS. O estudo de 2025 sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004–2023) demonstra como o CNS incidiu em diretrizes, monitoramento e defesa do acesso a medicamentos, revelando interdependência entre conferências, resoluções e processos regulatórios. A leitura longitudinal sugere que a força das CNS não reside apenas na formulação de enunciados, mas na capacidade de articular pactuações e produzir efeitos institucionais verificáveis ao longo do tempo — aspecto crucial para avaliar a contribuição das conferências na consolidação do SUS como política de Estado [8].

Apesar da relevância das conferências de saúde, há escassez de estudos que avaliem o conhecimento dos delegados sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, o que justifica esta pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura foi realizada por meio de uma busca ativa e sistemática em periódicos científicos, visando analisar a evolução do campo da Saúde Coletiva no país, em particular o contexto de luta pela Reforma Sanitária Brasileira e a consequente instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo central foi compreender o panorama histórico-estrutural da Saúde no Brasil, com ênfase no papel do controle social, formalizado a partir das Conferências Nacionais de Saúde. Especificamente, o estudo se debruçou sobre a relevância e o impacto das Conferências Nacionais de Saúde, a estruturação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, conhecida como Brasil Sorridente), enquanto resposta estratégica à iniquidade em saúde, bem como a trajetória e as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde Bucal para a inclusão da saúde bucal na agenda de políticas públicas e na integralidade do cuidado no SUS.

2.1 A SAÚDE NO BRASIL E O SUS

Na 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, iniciaram diversos debates sobre Assembleia Mundial de Saúde (RHS), onde foi apresentado o eixo temático: “Recursos humanos para atividades em saúde”. Entre as questões abordadas, a conferência deliberou sobre a necessidade de ampliação em número da força de trabalho em saúde no Brasil e em países da América Latina, ressaltando a necessidade de adequação da formação dos recursos humanos, a qual deveria ser condizente com as necessidades de saúde da população [9].

Em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, em função da necessidade de mudanças de paradigmas na formação dos profissionais de saúde [10]. Essa mudança foi apoiada pela Reforma Sanitária e pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que levaram à criação do

Sistema Único de Saúde – SUS em 1988. O SUS, com base em seus princípios e diretrizes tem o propósito de transformar o modelo assistencialista para um novo modelo baseado na promoção de saúde, por meio de ações de intersetoriais. Isso torna a Atenção Primária a Saúde e a Estratégia Saúde da Família responsáveis pelo controle do processo de referência e contra referência de usuários de forma que esses usuários tenham acesso as linhas de cuidado. [11 e 12].

Com a promulgação da Lei nº 8080/90, ficou esclarecida no campo de atuação do SUS, a formação de recursos humanos na área da saúde, como dispõe a lei em seu artigo 200- inciso III, “a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde” [36]. Assim, o SUS é responsável pela formulação de políticas que incentivam a formação de um profissional de saúde, que corresponda as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde [13].

Em um estudo referente a recursos humanos na área odontológica, autores como Narvai e Frazão afirmaram que existe uma semelhança entre os trabalhos humanos, e que logo podemos dizer que trabalho odontológico existe para suprir as necessidades humanas. Considerando o que foi dito, pode-se dizer que, a formação em odontologia deve ajudar a diminuir as necessidades em saúde bucal da população e também precisa ser voltada para o SUS. Portanto, a odontologia do século XX é caracterizada como um pensamento cartesiano, onde há extrema separação entre a odontologia privada e pública/estatal, e essa separação não refletia boas condições de saúde bucal dos brasileiros [14].

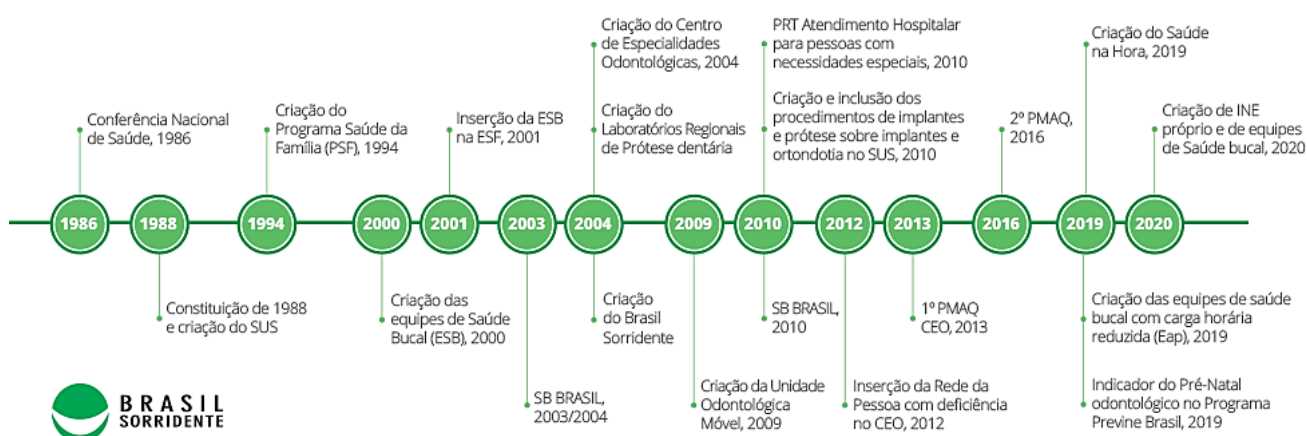
Com as diversas mudanças do sistema de saúde brasileiro, assim como, uma substituição do modelo assistencialista para um modelo de promoção de saúde, levaram a mudanças no mercado financeiro brasileiro, houve uma revolução na formação de recursos humanos em saúde [15]. No estudo de Moysés, em 2004, podemos ver um exemplo dessa revolução, que culminou nas mudanças no mercado, onde a Odontologia de natureza liberal e privada, foi substituída por uma odontologia mais competitiva, injusta e sujeita a oscilações negativas [16].

Fica evidente que mesmo diante da necessidade urgente de mudanças no perfil e na formação dos futuros profissionais em Odontologia desde anos

como 1988, com a criação dos SUS, somente em 2002 foi observada a criação de políticas públicas buscando transformações positivas de paradigmas em saúde bucal da população brasileira.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004), impactou positivamente a vida de brasileiros e brasileiras nas questões de recursos humanos em saúde oral, também conhecida como: Brasil Sorridente contribui para o aumento de postos de trabalho no serviço público. O Programa Brasil Sorridente, em formato de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), é o maior programa público de saúde bucal do mundo e completou 10 anos em 2014 e 16 anos em 2020 [17]. Pucca e colaboradores (2015), em seu estudo sobre a avaliação dos dez anos da política, mostrou um aumento de 50% no número de cirurgiões-dentistas no SUS, demonstrando que cerca de um quarto dos dentistas no Brasil tem vínculo com o serviço público. No ano de 2010, eram 65.560 dentistas no serviço público, sendo esses, distribuídos na Atenção Básica de saúde bucal, média e alta complexidade [17]. Entre os objetivos da PNSB, pode-se falar da mudança do Modelo Assistencialista para o modelo baseado em ações de promoção e vigilância em saúde, esse modelo tem a Atenção Primária como referência para os usuários de cuidado e humanização do atendimento [17,18]. A figura 1 traz um norteamento sobre Linha Cronológica do Brasil Sorridente.



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 1. Linha Cronológica do Brasil Sorridente.

É importante ressaltar que a linha cronológica acima mostra acontecimentos até 2020, a partir de 2021, a Política Nacional de Saúde Bucal passou a vivenciar um ciclo de importantes avanços estruturantes, caracterizado pela retomada de investimentos, ampliação da cobertura das equipes de saúde bucal na Atenção Primária, institucionalização da política como lei nacional e fortalecimento das ações de reabilitação e acesso universal no âmbito do SUS conforme dados descritos abaixo:

2021

- Em 28 de dezembro de 2021 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.982, que define recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos para municípios que implantaram novas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. [19]
- Também em dezembro de 2021, a nota técnica “Saúde bucal no SUS: reflexões sobre as fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal” foi publicada, assinalando que, apesar de avanços, a saúde bucal permanece em processo de disputa como política pública. [20]

2022

- Embora não tenha sido localizado um marco específico datado apenas de 2022 nas fontes consultadas, o programa Brasil Sorridente segundo material de 2024 tinha número de equipes de saúde bucal em torno de 28,2 mil equipes em dezembro de 2022. [21]
- Em 2022 também foi observada, segundo reportagem da Fiocruz, a retomada da saúde bucal como indicador na atenção primária, após período de depriorização. [22]

2023

- Em 17 de julho de 2023 foi publicada a Portaria GM/MS nº 960, que institui o pagamento por desempenho da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), vinculando equipes de saúde bucal (eSB) à modalidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). [23]

- Em 2023, a lei Lei nº 14.572/23 foi sancionada, instituindo formalmente a Política Nacional de Saúde Bucal como política nacional de Estado. [24]

2024

- Em maio de 2024, o programa Brasil Sorridente investiu aproximadamente R\$ 154,8 milhões em 31.549 equipes de saúde bucal, comparado a R\$ 84,1 milhões em dezembro de 2022 (28.253 equipes) um aumento de 84,7%. [21]
- Em junho de 2024, a Portaria GM/MS nº 4.636, de 28 de junho de 2024, instituiu incentivo financeiro de custeio para retomada das ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE). [25]
- Em outubro de 2024, foi publicado que o programa Brasil Sorridente tinha investimento de R\$ 4,3 bilhões para atenção à saúde bucal gratuita no país e que havia alcançado 34 mil equipes em agosto. [26]

2025

- Em agosto de 2025, informou-se que o governo federal entregou 400 unidades odontológicas móveis para levar atendimento de saúde bucal a 1,4 milhão de pessoas em regiões rurais ou de difícil acesso, dentro do programa Brasil Sorridente. [27]
- Em 2025, foi atualizada a publicação “Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei nº 14.572/23”. [28]

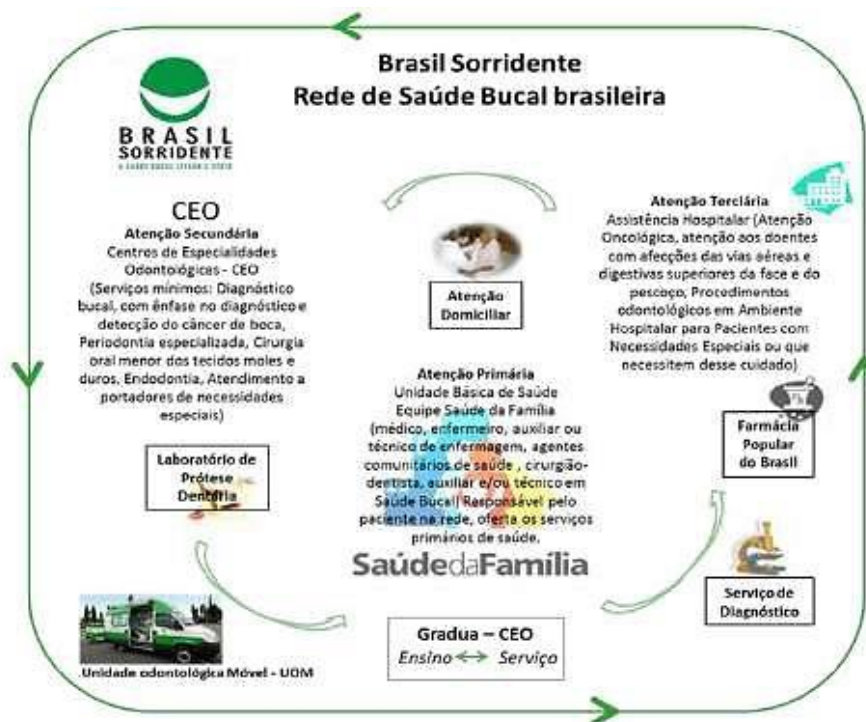
Os dados do Ministério da Saúde demonstraram que em dezembro de 2002 eram 2.444 equipes de saúde bucal, na estratégia da saúde da família, e em dezembro de 2017 eram 25.905 equipes com cobertura populacional de 36,7% da população e presente em 5.027 municípios, contemplando as modalidades I (um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal/auxiliar em saúde bucal) e modalidade II (um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal e uma auxiliar em saúde bucal/técnico em saúde bucal) [29, 30].

Os Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs), foram criados para dar integralidade a atenção, onde são oferecidos serviços em saúde bucal de média complexidade, esse serviço é complementar a Atenção Primária. Os serviços oferecidos são: periodontia especializada, atendimento de pessoas

com deficiência, endodontia, diagnóstico bucal com ênfase ao câncer de boca, cirurgia oral menor dos tecidos duros e moles, ortodontia/ortopedia, implante dentário. Em 2003 não existiam CEOs, e em 2016, por meio de fontes do Ministério da Saúde, eram 1033 em todo território [31].

Um estudo publicado no ano de 2019, liderado por duas autoras: Rios e Colussi fez uma análise da oferta de serviços públicos em Odontologia na atenção especializada na modalidade CEO no Brasil no ano de 2014, no estudo foi avaliada a quantidade de cirurgiões-dentistas atuantes nesses centros. As autoras encontraram dificuldades na coleta de dados, por conta da indisponibilidade de informações sobre a carga horária de cada cirurgião-dentista atuantes nos CEOs, sendo esse fator considerado como a primordial de limitação da pesquisa. Em seus achados encontraram uma quantidade de 3.518 dentistas trabalhando nos CEOs em todo o Brasil, atendendo a população em uma proporção de 1CD/57.640 habitantes [32].

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) também são uma criação da PNSB, para suprir uma demanda reprimida de desdentados constatada no levantamento epidemiológico de Saúde Bucal de 2003, de acordo com os resultados 75% dos idosos eram desdentados totais e desses 36% não tinham prótese total [33]. Os LRPD tiveram sua quantidade máxima no ano de 2014 quando foram registrados 1.955 laboratórios em todo território nacional [34]. A figura 2 demonstra de forma esquemática a rede de saúde da PNSB.



Fonte: Pucca¹⁷

Figura 2. Rede de saúde bucal da Política Nacional de Saúde Bucal.

Em 2025, dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO), retirados do Sistema Conselhos de Odontologia, afirma que existe 441 mil cirurgiões-dentistas inscritos em todo país. Os dados dos registros são compilados e atualizados em tempo real no site oficial do CFO, sendo que incluem também informações sobre as especialidades odontológicas. Estatísticas atualizadas, indicam que o Brasil possui 149.346 especializações concluídas dentro das 24 áreas das especialidades registradas e reconhecidas junto ao CFO. De acordo com os dados estatísticos, referentes aos registros dos Conselhos Regionais dos 26 estados da federação mais o Distrito Federal, a Ortodontia é a especialidade odontológica com maior número de profissionais no Brasil. São 32.625 ortodontistas, que correspondem a 21,9% do total de registros de especialidades. Dentre esses profissionais, 20.353 são mulheres e 12.272 são do sexo masculino. Mais à frente, aparecem a Implantodontia com 21.821 profissionais, a Endodontia com 19.528 especialistas e a Prótese Dentária que chega a 14.285 registros. A Periodontia e a Odontopediatria também possuem altos índices de inscrições, com 10.876 e 10.060, respectivamente. A Cirurgia e Traumatologia Bucal Maxilo Faciais possui 7.874 cirurgiões cadastrados e a Dentística alcança 7.138 profissionais. [35]

2.3 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

A literatura caracteriza as CNS como mecanismo histórico de deliberação e de coprodução de políticas, que evoluiu de um espaço predominantemente técnico-administrativo para arenas de participação social estruturada e vinculada ao planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ricardi e colaboradores em 2017 realizaram estudos analisando ciclos conferenciais e destacaram que, ao articular etapas municipais, estaduais e a nacional, as CNS produzem diretrizes que orientam agendas governamentais, ao mesmo tempo em que expõem limites de implementação e monitoramento das resoluções aprovadas. Essa ambivalência entre a potência participativa e desafios de efetividade atravessa a trajetória das conferências e informa a leitura contemporânea sobre seu papel na governança do SUS. [36]

No recorte histórico, a 1ª CNS ocorreu em 1941, no Rio de Janeiro, durante o governo de Getúlio Vargas. Pesquisas recentes situam a instituição formal das conferências no Estado Novo e assinalam que as primeiras edições tinham caráter centralizador, com ênfase na coordenação federativa das ações sanitárias e foco em campanhas contra endemias, sem mobilização social ampla. Assim, a 1ª CNS inaugurou um rito estatal de planejamento sanitário, mas não configurou, ainda, um espaço de deliberação democrática com presença de usuários e movimentos sociais. [37]

Pode-se dizer que a inflexão participativa se consolida com a 8ª CNS (1986), marco narrado pela literatura como momento de confluência entre a Reforma Sanitária e a redemocratização. Análises apontam que a 8ª CNS redefiniu princípios saúde como direito, universalidade, integralidade e equidade e deslocou o *locus* da conferência para um espaço plural de pactuação, em diálogo com trabalhadores, gestores e usuários. Ao mesmo tempo, os estudos ressaltam que o legado da 8ª conferência foi menos o número de proposições aprovadas e mais a qualidade de sua agenda estruturante para o futuro SUS, posteriormente constitucionalizado em 1988. [38]

A Constituição Federal de 1988 e, sobretudo, a Lei nº 8.142/1990, reconfiguraram o papel das conferências e dos conselhos de saúde ao estabelecerem periodicidade, representação paritária e função de controle

social. Revisões integrativas como a de Silva (2021) mostram que o rendimento democrático das CNS está associado ao cumprimento dessas regras: preparação prévia, transparência, devolutivas públicas e à sua conexão com instrumentos de planejamento e orçamento. Tal enquadramento jurídico-institucional sustenta a legitimidade das deliberações e fornece parâmetros para avaliar sua incorporação na gestão do SUS. [39]

Considerando ciclo contemporâneo alavancado nesta revisão, a 15ª CNS (2015) foi examinada como evento de reafirmação do SUS e de atualização de desafios estratégicos, em um contexto de tensões fiscais e políticas. A análise de Gadelha (2015) enfatiza a necessidade de as conferências seguirem operando como espaços de formulação e avaliação, mas também de fortalecerem mecanismos pós-conferência capazes de traduzir diretrizes em decisões administrativas e em políticas sustentáveis, esse estudo sinaliza a centralidade do financiamento público e da coordenação federativa como condições para a efetividade das deliberações. [40]

A 16ª CNS (2019) denominada “8+8” recolocou a defesa da democracia e do financiamento do SUS como eixos estruturantes (“Saúde como direito”; “Consolidação dos princípios do SUS”; “Financiamento adequado e suficiente”). O Relatório Final do Conselho Nacional de Saúde registra a capilaridade do processo preparatório, a composição das delegações e um conjunto de deliberações que convergem para a reversão do subfinanciamento e o fortalecimento do controle social. O documento também sistematiza metodologia e regimento, oferecendo base empírica e normativa para a leitura do ciclo 2019, a 16ª CNS contou com a participação de 3.248 delegados. [41]

A 17ª CNS (etapa nacional em julho de 2023) foi realizada no contexto pós-pandemia e recuperou a centralidade da participação social na reconstrução das políticas de saúde. O Relatório Final, publicado em 2025, organiza diretrizes e moções em quatro eixos, registra a diversidade de segmentos e explicita a vinculação das deliberações a instrumentos de planejamento — Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde —, além de práticas de rastreabilidade das propostas. Em termos históricos, o relatório posiciona a 17ª CNS como resposta ao negacionismo científico e como reafirmação do SUS como política de Estado. [42]

A literatura entre 2015 e 2025 também investiga recortes temáticos dentro

do processo conferencial. O estudo de Santos (2024) BIREME (RECIIS) examinou a aderência de propostas relativas à comunicação pública, indicando que a incorporação efetiva desse tema depende de arranjos institucionais no pós-conferência e de capacidades específicas na gestão, o que evidencia a distância recorrente entre formulação participativa e implementação. Os achados contribuem para desenhar estratégias de monitoramento e de melhoria metodológica dos relatórios e resoluções. [43]

Por fim, algumas revisões e ensaios sublinham condicionantes para a efetividade histórica das CNS: qualidade da representação, formação continuada de delegados, tempo hábil para amadurecimento de propostas e conexão orgânica com o ciclo orçamentário. Gomes et. al (2021) evidencia que a força deliberativa das conferências aumenta quando há critérios claros de representatividade, transparência e mecanismos de acompanhamento das decisões elementos que, historicamente, nem sempre estiveram presentes com igual vigor nos diferentes ciclos. [44]

2.4 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE BUCAL

As Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB) configuram-se como espaços institucionais de formulação e pactuação de políticas públicas voltadas à promoção da equidade e à integralidade do cuidado em saúde bucal, inseridas no contexto do SUS. A literatura científica evidencia que essas conferências são momentos cruciais e inéditos de avaliação e reorientação das políticas públicas nacionais de saúde, expressando conquistas históricas da Saúde Bucal Coletiva (SBC) e do controle social. Soares et al. 2017 em estudos de caráter histórico e analítico apontam que as CNSB acompanharam a evolução da política de saúde brasileira, contribuindo para consolidar a PNSB e ampliar a concepção da saúde bucal como direito de cidadania. [45]

A 1ª CNSB foi realizada em 1986, em Brasília, em um contexto de redemocratização e efervescência do movimento sanitário. O Relatório Final da conferência, publicado pelo Ministério da Saúde, registra a preocupação com o acesso universal e com a necessidade de superar o modelo assistencial curativista e privatista predominante até então. O evento estabeleceu marcos

conceituais que aproximaram a odontologia da saúde pública e incorporaram a noção de determinantes sociais da saúde, reforçando a intersectorialidade e a educação em saúde como princípios estruturantes no âmbito da saúde bucal brasileira. [46]

A 2ª CNSB, realizada em 1993, representou o primeiro grande exercício de consolidação da participação social no campo da saúde bucal, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.142/1990. O evento, que reuniu quase 792 delegados, foi caracterizado por uma dinâmica ascendente e democrática, com etapas municipais e estaduais prévias, garantindo representação de gestores, trabalhadores e usuários. As deliberações enfatizaram o fortalecimento da atenção primária e a integração da odontologia às redes de serviços de saúde, defendendo a equidade e o financiamento público como pilares do sistema. [47]

A 3ª CNSB, realizada em 2004, ocorreu em um contexto político de reconstrução e ampliação do SUS, articulada ao lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal o programa “Brasil Sorridente”. O Relatório Final consolidou propostas em torno da ampliação do acesso, da reorganização da atenção primária e da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). A 3ª CNSB é considerada pela literatura como um divisor de águas, pois institucionalizou a saúde bucal como componente essencial das redes de atenção e da política pública de saúde. [48]

A consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi resultado direto das deliberações acumuladas nas conferências, em especial a partir de 2004. Estudos como os de Antunes e Peres (2010) destacam que a PNSB promoveu a expansão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, a ampliação dos CEO e a criação de mecanismos de financiamento federativo específicos. Pesquisas analisando dados do DATASUS e do Portal de Periódicos da CAPES apontam que houve melhora substancial na cobertura assistencial e aumento no número de procedimentos preventivos, ainda que persistam desigualdades regionais e socioeconômicas. [49] Relatórios epidemiológicos nacionais, como o SB Brasil 2003, 2010 e 2023, têm servido de base empírica para subsidiar as discussões das CNSB e monitorar o impacto da PNSB. Os dados do SB Brasil 2023, publicados em 2024, demonstram avanços

na redução da cárie dentária e no acesso aos serviços públicos odontológicos, mas revelam a permanência de iniquidades associadas à renda, à escolaridade e ao território. Tais achados reforçam a importância das conferências como espaços de revisão das estratégias governamentais e de formulação de políticas que enfrentem desigualdades estruturais. [50]

Estudos baseados em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019 reforçam essa leitura, mostrando que, apesar dos ganhos na ampliação da rede pública odontológica, persistem desigualdades de uso e acesso. Bastos et al. (2019) identificaram que a utilização dos serviços odontológicos é significativamente maior entre pessoas com maior renda e escolaridade, apontando a necessidade de políticas focalizadas. Da mesma forma, Fagundes et al. (2021) observaram desigualdades regionais marcantes, com cobertura superior nas regiões Sul e Sudeste em comparação ao Norte e Nordeste, o que reforça a urgência de ações equitativas previstas nas conferências. [51, 52]

Do ponto de vista organizacional, a literatura de avaliação de políticas públicas evidencia que, após duas décadas de implementação da PNSB, ainda persistem desafios estruturais. Pesquisas realizadas por Scherer e Scherer (2016) indicam que, embora a cobertura e a inserção da odontologia na atenção primária tenham aumentado, a resolutividade ainda é limitada pela fragmentação do cuidado, escassez de recursos humanos e falhas de integração entre níveis de atenção. Essas questões, recorrentemente debatidas nas conferências, revelam a necessidade de uma política articulada de educação permanente e gestão do trabalho em saúde bucal. [53]

Análises recentes reiteram que as conferências têm papel central não apenas na formulação, mas na manutenção da agenda política da saúde bucal como política de Estado. Rossi e Prado (2018) argumentam que as CNSB funcionam como arenas de construção social das políticas, nas quais a convergência entre formulação técnica e deliberação social possibilita a atualização de prioridades e a democratização da gestão pública. Essa visão reflete a maturidade institucional alcançada pela saúde bucal coletiva brasileira e o caráter inovador das conferências como instrumento participativo de governança em saúde. [54]

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar por meio de um instrumento de coleta de dados o conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Validar o Instrumento de Coleta a ser aplicado com os Delegados da 16ª CNS.
- Avaliar o nível de conhecimento dos Delegados sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.
- Testar a metodologia com a finalidade de analisar as diferentes respostas dos Delegados, quanto às Políticas Públicas em Saúde Bucal.

3.3 HIPÓTESE

Embora seja possível observar o amadurecimento institucional da Política Nacional de Saúde Bucal e a transição para um modelo de atenção multidisciplinar, a integração da saúde bucal nos demais setores do SUS ainda enfrenta barreiras estruturais e simbólicas. A hipótese deste estudo sustenta que a pauta da odontologia permanece em um estágio incipiente no campo da saúde coletiva geral e nas instâncias da CNS, o que reverbera em uma marginalização do tema nas discussões intersetoriais. Nesse sentido, pressupõe-se que analisar a pluralidade de opiniões e o nível de conhecimento dos delegados sobre a PNSB é fundamental para identificar as lacunas de gestão. Compreender essas percepções permite refletir sobre como o diálogo entre as três esferas de governo e a sociedade civil pode ser potencializado para que a saúde bucal deixe de ser um apêndice e torne-se, efetivamente, um pilar central na construção da cidadania e na promoção da saúde no SUS.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Este estudo foi caracterizado como um quantitativo, com desenho transversal, caráter descritivo e variáveis qualitativas, realizado com Delegados participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde de todo o Brasil.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho seguiu os preceitos éticos e legais conforme a Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012 após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CAEE nº 30539420.0.0000.0030 e número de parecer: 4.206.616; (Anexo 1). Os participantes da pesquisa assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), preservando a identidade dos mesmos.

A pesquisadora responsável pelo estudo e seu Orientador, entraram em contato com os Delegados falando sobre a importância da pesquisa e os convidou a participar voluntariamente. Para os que aceitaram participar foi enviado via e-mail através do *Google forms* com o TCLE e explicado a importância da assinatura e consentindo na pesquisa.

4.3 GRUPO DE ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida na cidade de Brasília- Distrito Federal. Houve a participação voluntária de 1216 Delegados. Os questionários foram aplicados aos participantes, de forma online pelo *Google forms* enviado em seus e-mails e em alguns momentos a pesquisadora ligou para ajudar os que tinham

dificuldade no preenchimento. O tempo estimado de resposta para responder as questões do questionário foi em média de oito a dez minutos.

4.4 AMOSTRAGEM

Os dados foram coletados a partir da busca ativa por resposta ao questionário (Apêndice 2) obtida de Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde. A amostra considerada no presente estudo foi estruturada de forma paritária, conforme as regras da conferência, assegurando a representatividade equitativa dos diferentes segmentos sociais envolvidos no processo de formulação e deliberação de políticas públicas de saúde. Assim, a composição foi organizada em três grupos principais: **50% de usuários** do sistema de saúde, que constituem a maioria da base social e conferem legitimidade às decisões coletivas; **25% de trabalhadores de saúde**, cuja atuação técnico-profissional proporciona o conhecimento prático e científico indispensável à implementação das ações em saúde; e **25% de gestores**, responsáveis pela formulação, gestão e coordenação das políticas públicas, representando, portanto, o elo entre os princípios deliberativos e a efetiva condução do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a constituição dessa amostra, buscou-se assegurar a participação dos Delegados elegíveis que integraram a 16ª CNS, garantindo, assim, não apenas a abrangência, mas também a robustez metodológica do processo investigativo, o relatório final da 16ª CNS informa que houve a participação de 3.248 delegados e delegadas. No total, foram inicialmente coletados 1.358 contatos durante o período de realização da conferência, número este que já incorporava a aplicação dos critérios de exclusão previamente estabelecidos no desenho metodológico do estudo.

A etapa subsequente consistiu na efetiva abordagem dos Delegados, momento no qual lhes foram apresentados os objetivos, a relevância científica e a pertinência social da pesquisa, respeitando-se rigorosamente os preceitos éticos que regem a participação voluntária em estudos científicos. Como

resultado desse processo, observou-se um índice expressivo de adesão: 1.216 Delegados manifestaram consentimento e aceitaram participar da pesquisa, o que corresponde a uma taxa de aceitação elevada e estatisticamente significativa. Esse dado não apenas demonstra a credibilidade atribuída ao estudo, mas também reflete o engajamento político e social dos sujeitos envolvidos, que reconheceram na investigação uma oportunidade de ampliar o debate e fortalecer a análise crítica sobre a dinâmica participativa na saúde coletiva brasileira.

Dessa forma, a amostra obtida caracteriza-se metodologicamente consistente, assegurando solidez para as análises subsequentes e permitindo que as conclusões produzidas possuam validade científica e relevância social. Segue abaixo o fluxograma da amostra.

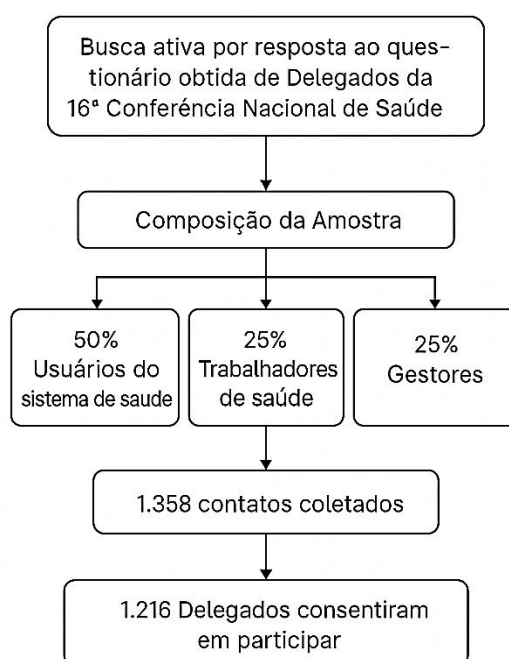


Figura 3. Fluxograma da amostra (Delegados participantes).

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento utilizado na coleta dos dados foi um questionário (Apêndice 2) autoaplicável, semiestruturado contendo questões fechadas e de múltipla escolha. Ele foi elaborado pela pesquisadora responsável e seu

orientador tomando como referência a leituras de artigos e a observação das problemáticas envolvendo a correlação entre as Conferências Nacionais de Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente, com o objetivo de abranger características específicas em relação ao conhecimento dos delegados como:

- Caracterizar o perfil, escolaridade, idade e a representatividade dos delegados da 16ª CNS;
- Avaliar o conhecimento sobre o funcionamento do SUS e o papel da saúde bucal no sistema;
- Mensurar a familiaridade e compreensão dos participantes específicos acerca da nova legislação (Lei 14.572/2023);
- Identificar percepções sobre o acesso, a qualidade e a equidade da atenção odontológica pública;
- Subsidiar análises sobre o impacto da inclusão da PNSB como política de Estado, especialmente na continuidade, financiamento e expansão da cobertura em saúde bucal no Brasil.

Assim, o instrumento de coleta não serviu apenas para coletar dados de opinião, mas também como ferramenta educativa e política, reforçando a importância da integração entre saúde bucal e saúde geral e avaliando o grau de alinhamento dos delegados com as diretrizes e avanços da política nacional de saúde bucal.

Este instrumento foi testado e ajustado antes da pesquisa com base em informações e sugestões dos participantes e pesquisadores que realizaram os testes, além disso, houve avaliação detalhada das questões e respostas do questionário encaminhado aos delegados, realizada pelo Professor Orientador desse estudo, suas contribuições direcionaram a elaboração completa do questionário. Além disso foi realizado o estudo piloto discutido no exame de qualificação desta tese, com intuito de aprimorar os planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos que devem ser seguidos.

4.6 PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Realizou-se uma análise estatística para entender a distribuição e a relação

entre variáveis qualitativas. As análises incluíram a descrição das variáveis qualitativas e a aplicação do teste qui-quadrado para verificar a associação entre essas variáveis. Adicionalmente, foi calculado o V de Cramer para medir a intensidade da associação entre as variáveis qualitativas que indicarem associação. As análises dos dados foram conduzidas utilizando o software R, versão 4.4.1.

4.6.1 VARIÁVEIS

Variáveis Qualitativas: São aquelas que descrevem categorias ou grupos, como gênero, profissão, estado civil, entre outros. As variáveis qualitativas podem ser nominais (sem ordem implícita) ou ordinais (com uma ordem natural).

4.6.2 ANÁLISE DESCRITIVA

Para cada variável qualitativa, serão realizadas as seguintes análises descritivas:

- **Frequências Absolutas:** Contagem do número de ocorrências de cada categoria dentro da variável.
- **Frequências Relativas (Percentuais):** Cálculo da proporção de cada categoria em relação ao total de observações.
- **Distribuição de Frequências:** Apresentação gráfica dos dados utilizando tabelas de frequência e gráficos de barras ou setores, conforme adequado.

4.6.3 TESTE QUI-QUADRADO

Para investigar a associação entre duas variáveis qualitativas, será utilizado o teste qui-quadrado de independência. A metodologia inclui:

Hipóteses:

- **Hipótese Nula (H_0):** Não há associação entre as variáveis (são independentes).
- **Hipótese Alternativa (H_1):** Existe uma associação significativa entre as variáveis.

Procedimentos:

- **Construção da Tabela de Contingência:** Criação de uma tabela cruzada para as duas variáveis qualitativas, mostrando a frequência de observações em cada combinação de categorias.
- **Cálculo do Qui-Quadrado:** Determinação do valor do qui-quadrado com base na tabela de contingência. Isso é feito comparando as frequências observadas com as frequências esperadas, assumindo que as variáveis são independentes.
- **Determinação dos Graus de Liberdade:** Calculados com base no número de categorias das variáveis.
- **Valor-P:** Avaliação do valor-p para determinar a significância estatística do teste. O valor-p indicará se a associação observada é estatisticamente significativa.

Justificativa para o uso:

O teste qui-quadrado é uma ferramenta estatística amplamente utilizada para avaliar a associação entre variáveis qualitativas, e sua aplicação neste projeto é justificada por vários fatores. Primeiramente, as variáveis analisadas são qualitativas. Dado o objetivo de explorar a relação entre categorias, como profissão e conhecimento sobre políticas de saúde, o teste qui-quadrado se mostra adequado, já que ele examina se as frequências observadas nas categorias de uma tabela de contingência são significativamente diferentes das frequências esperadas, caso não houvesse associação entre as variáveis.

Ao utilizar tabelas de contingência para organizar as frequências de diferentes categorias, o teste qui-quadrado nos permite identificar de maneira clara e objetiva se há uma relação entre as variáveis analisadas. Através da formulação de hipóteses, sendo a hipótese nula (H_0) a ausência de associação entre as variáveis e a hipótese alternativa (H_1) a existência de uma associação significativa, o valor-p resultante do teste revela se rejeitamos ou não a hipótese nula. Isso nos proporciona uma análise robusta e estatisticamente fundamentada.

O teste qui-quadrado também é conhecido por sua simplicidade de aplicação e interpretação, o que facilita a compreensão dos resultados, sem comprometer a precisão. Além disso, com o tamanho adequado da amostra em nosso estudo, os

resultados do teste qui-quadrado serão confiáveis, permitindo-nos tirar conclusões significativas a partir dos dados. Dessa forma, o teste qui-quadrado oferece uma abordagem estatística robusta e adequada para investigar as associações entre variáveis qualitativas neste projeto, garantindo que possamos avaliar de forma precisa as relações presentes nos dados.

4.6.4 V DE CRAMER

Além do teste qui-quadrado, será calculado o V de Cramer para medir a intensidade da associação entre as variáveis qualitativas. O V de Cramer é uma medida de associação que varia de 0 a 1, onde valores próximos a 0 indicam uma associação fraca e valores próximos a 1 indicam uma associação forte. A interpretação do V de Cramer permitirá avaliar a magnitude da relação entre as variáveis, fornecendo uma compreensão mais profunda sobre o grau de associação entre as categorias analisadas.

4.6.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- **Análise das Frequências:** Interpretação dos resultados descritivos, identificando padrões e tendências nas variáveis qualitativas.
- **Teste Qui-Quadrado:** Interpretação do valor do qui-quadrado e do valor-p para avaliar a evidência contra a hipótese nula. Se o valor-p for menor que o nível de significância (por exemplo, 0,05), rejeitamos a hipótese nula e concluímos que há uma associação significativa entre as variáveis.
- **V de Cramer:** Interpretação do valor do V de Cramer para avaliar a intensidade da associação entre as variáveis qualitativas. Valores mais altos indicam uma associação mais forte.

4.6.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados de forma clara e estruturada, incluindo:

- **Tabelas de Frequência:** Para mostrar a distribuição das variáveis qualitativas.
- **Gráficos:** Gráficos de barras ou setores para visualizar a distribuição das categorias.

- **Resumo dos Testes Estatísticos:** Resultados do teste qui-quadrado, incluindo o valor do qui-quadrado, os graus de liberdade e o valor-p.
- **Entendimento:** Interpretação dos resultados.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram obtidos a partir da análise das respostas fornecidas pelos(as) Delegados(as) participantes (N = 1.216). As informações coletadas foram sistematizadas e apresentadas por meio de gráficos, quadros e tabelas, todos com fonte elaborados pela autora da tese, com base nos dados coletados do estudo, conforme demonstrado a seguir:

- ANÁLISES DESCRITIVAS UNIVARIADAS

5.1 CATEGORIA DO DELEGADO(A)

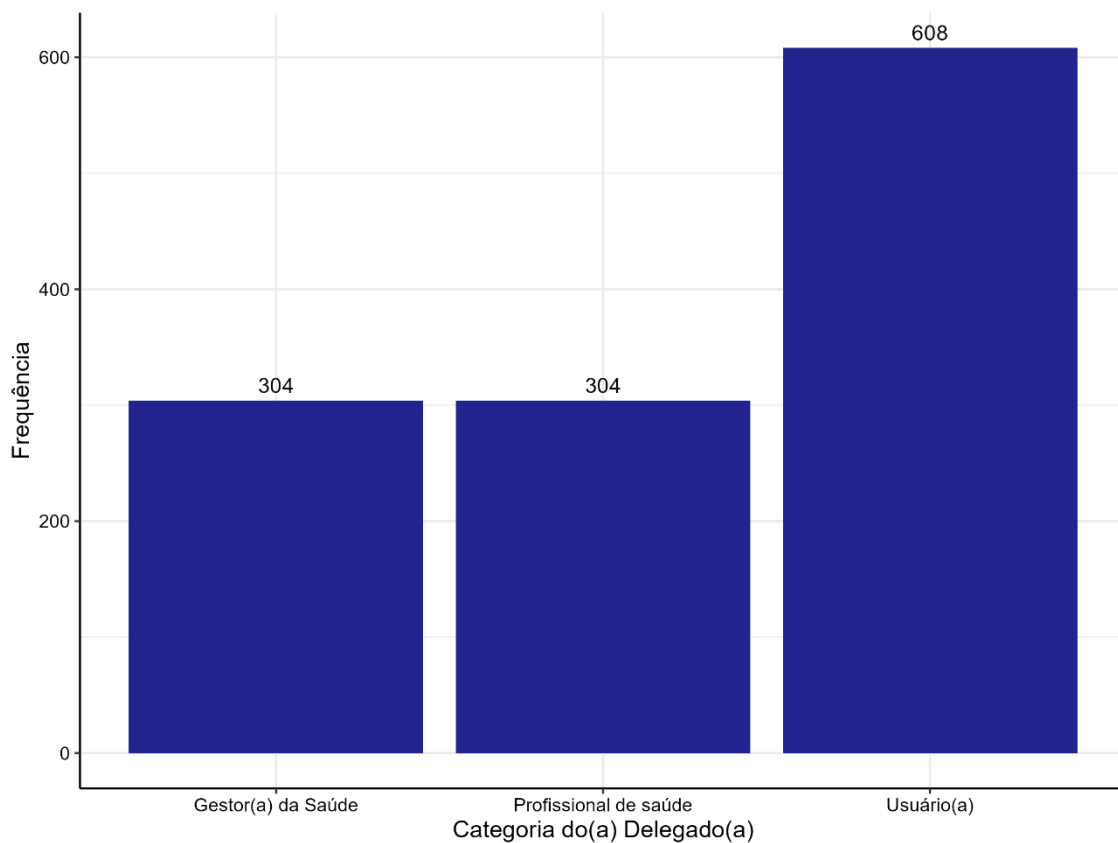


Figura 1 - Distribuição das Categorias dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde

Tabela 1 - Distribuição das Categorias dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde

Categoria do delegado	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Gestor(a) de Saúde	304	25,00%
Profissional de Saúde	304	25,00%
Usuário	608	50,00%
Total	1.216	100,00%

Os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde foram classificados em três grupos distintos: Gestor(a) da Saúde, Profissional de Saúde e Usuário(a), abrangendo um total de 1216 participantes. Os grupos Gestor(a) da Saúde e Profissional de Saúde possuem, cada um, 304 representantes, correspondendo a 25% do total de participantes, respectivamente. Já o grupo de Usuário(a) apresenta a maior participação, com 608 delegados, o que equivale a 50% do total.

Essa distribuição demonstra que metade dos delegados são usuários(as) dos serviços de saúde, enquanto a outra metade é composta por gestores e profissionais de saúde.

5.2 ESTADO DO DELEGADO(A)

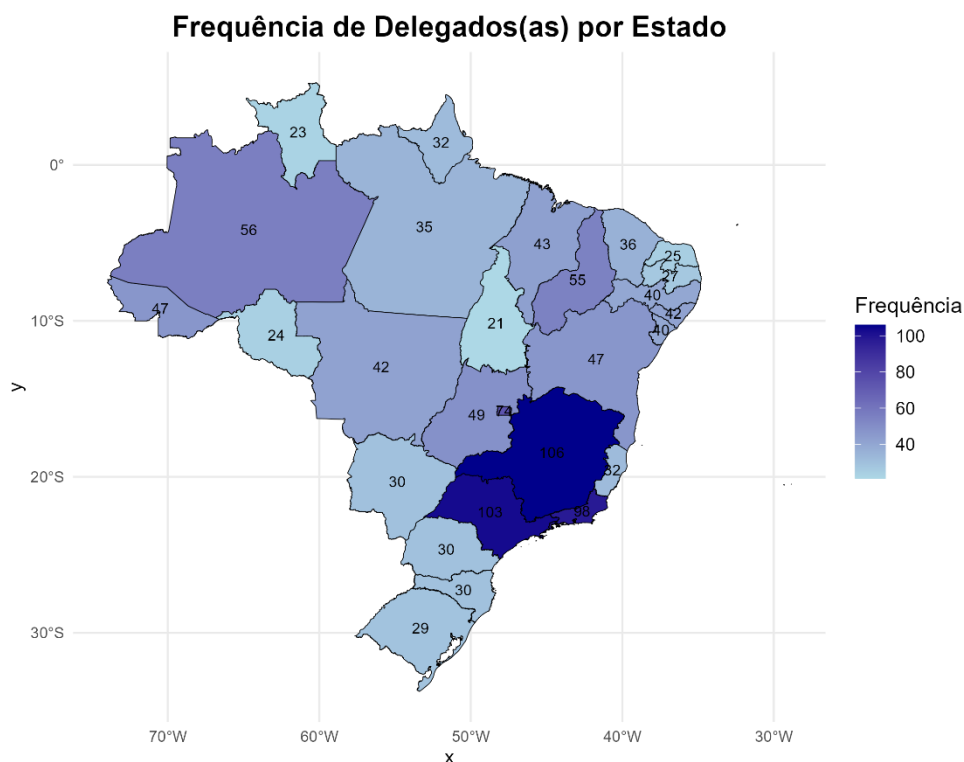


Figura 2 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por estado

A distribuição dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde por estado revela uma variação significativa no número de representantes. A média de delegados por estado na amostra é de 45 delegados, considerando todas as unidades federativas. Os estados com maior número de delegados são Minas Gerais (106 delegados), São Paulo (103 delegados) e Rio de Janeiro (98 delegados), destacando-se como as regiões com a maior participação. Estes estados representam centros populacionais e econômicos importantes, o que pode justificar a elevada representatividade.

Por outro lado, os estados com o menor número de delegados são Tocantins (21 delegados), Roraima (23 delegados) e Rondônia (24 delegados). De maneira geral, a distribuição dos delegados por estado é relativamente proporcional ao tamanho e à importância política e econômica de cada unidade federativa.

Tabela 2 - Distribuição dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde por estado

Estado	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Acre	47	3,87%
Alagoas	42	3,45%
Amapá	32	2,63%
Amazonas	56	4,61%
Bahia	47	3,87%
Ceará	36	2,96%
Distrito Federal	74	6,09%
Espírito Santo	32	2,63%
Goiás	49	4,04%
Maranhão	43	3,54%
Mato Grosso	42	3,45%
Mato Grosso do Sul	30	2,47%
Minas Gerais	106	8,72%
Paraná	30	2,47%
Paraíba	27	2,22%
Pará	35	2,88%
Pernambuco	40	3,29%
Piauí	55	4,52%
Rio Grande do Norte	25	2,06%
Rio Grande do Sul	29	2,38%
Rio de Janeiro	98	8,06%
Rondônia	24	1,97%
Roraima	23	1,89%
Santa Catarina	30	2,47%
Sergipe	40	3,29%
São Paulo	103	8,47%
Tocantins	21	1,73%
Total	1.216	100,00%

5.3 GÊNERO

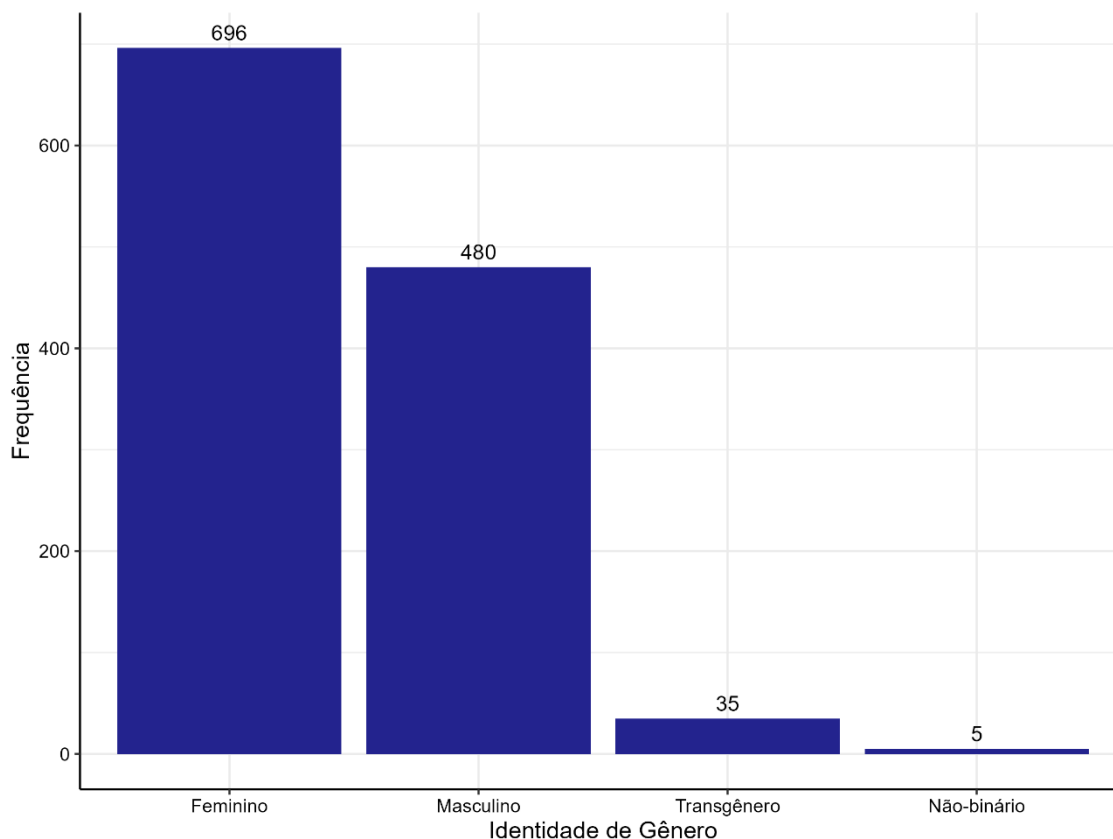


Figura 3 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por gênero

Tabela 3 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por gênero

Gênero	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Feminino	696	57,24%
Masculino	480	39,47%
Transgênero	35	2,88%
Não-binário	5	0,41%
Total	1.216	100,00%

A distribuição dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde por gênero revela uma significativa diversidade nas categorias representadas. O grupo feminino é o mais numeroso, com 696 delegadas, o que representa 57,24% do total de delegados. Em contraste, o grupo masculino conta com 480 delegados, correspondendo a 39,47% do total. Embora seja o segundo maior grupo, a proporção masculina é inferior à feminina, refletindo um equilíbrio relativamente próximo na representação de gênero.

A presença de delegados transgêneros é de 35, representando 2,8% do total. Por outro lado, a categoria não-binária é a menos representada, com apenas 5 delegados, o que equivale a 0,4% do total.

Em suma, a análise da distribuição de gênero entre os delegados mostra uma maioria feminina, seguida de uma significativa representação masculina. As categorias transgênero e não-binário têm uma presença menor.

5.4 IDADE

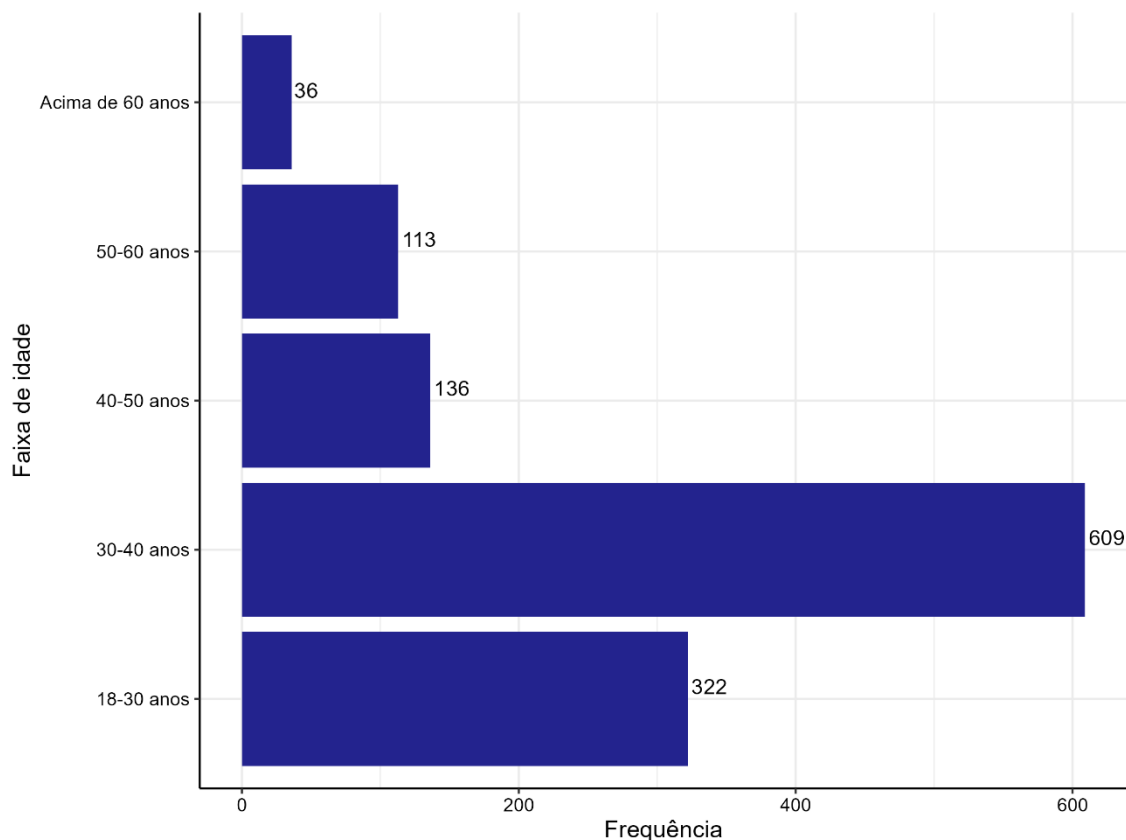


Figura 4 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por idade

Tabela 4 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por idade

Idade	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Acima de 60 anos	36	2,96%
50-60 anos	113	9,29%
40-50 anos	136	11,19%
30-40 anos	609	50,08%
18-30 anos	322	26,48%
Total	1.216	100,00%

A faixa etária de 30-40 anos é a mais representada, com 609 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, o que corresponde a 50,0% do total. Em seguida, a faixa etária de 18-30 anos conta com 322 delegados, representando 26,5% do total. As faixas etárias de 40-50 anos e 50-60 anos têm representações menores, com 136 e 113 delegados, respectivamente, correspondendo a 11,2% e 9,3% do total. Finalmente, a faixa etária acima de 60 anos é a menos representada, com apenas 36 delegados, o que equivale a 3,0% do total.

Em resumo, existe uma predominância de participantes na faixa de 30 a 40 anos, enquanto as faixas etárias mais jovens e mais velhas têm uma participação menor. Considerando a distribuição acumulada das frequências, é possível inferir que a mediana (2º quartil) encontra-se na faixa 30-40 anos, já que esta sozinha representa metade dos delegados. O 1º quartil (Q1) situar-se-ia na faixa 18-30 anos, enquanto o 3º quartil (Q3) provavelmente está entre 40-50 anos. Essa estimativa de quartis reforça a concentração etária intermediária dos participantes e evidencia a baixa participação de pessoas com mais de 50 anos.

5.5 GRAU DE ESCOLARIDADE

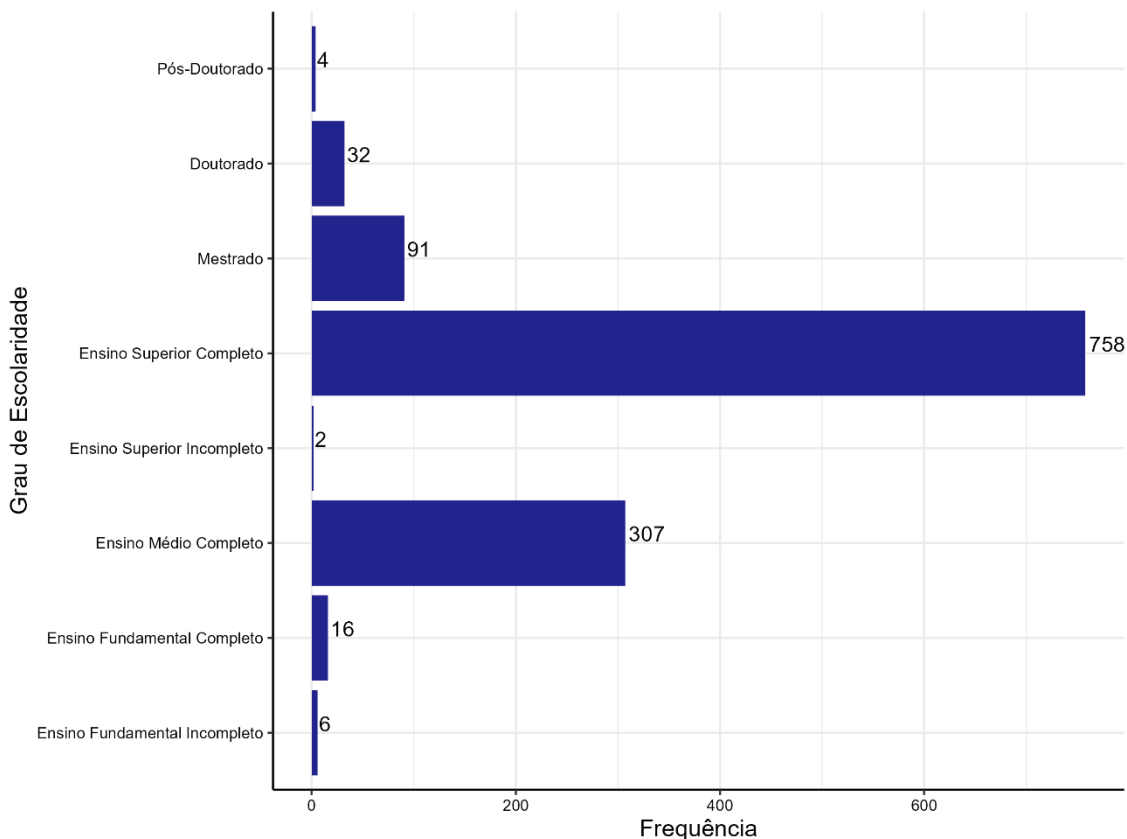


Figura 5 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por grau de escolaridade

A categoria de Ensino Superior Completo destaca-se com 758 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, representando 63,8% do total. Em seguida, a categoria de Ensino Médio Completo conta com 307 delegados, o que corresponde a 25,9% do total. A categoria de Mestrado é a terceira mais representativa, com 91 delegados, equivalente a 7,7% do total. As categorias de Doutorado e Pós-Doutorado têm representações menores, com 32 (2,7%) e 4 (0,3%) delegados, respectivamente. As categorias de Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Fundamental Completo têm os menores números, com 6 e 16 delegados, representando apenas 0,5% e 1,4% do total. A categoria de Ensino Superior Incompleto é notavelmente baixa, com apenas 2 delegados, o que representa 0,2% do total.

Tabela 5 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por grau de escolaridade

Grau de Escolaridade	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Pós-Doutorado	4	0,33%
Doutorado	32	2,63%
Mestrado	91	7,48%
Ensino Superior Completo	758	62,34%
Ensino Superior Incompleto	2	0,16%
Ensino Médio Completo	307	25,25%
Ensino Fundamental Completo	16	1,32%
Ensino Fundamental Incompleto	6	0,49%
Total	1.216	100,00%

Os dados mostram que a grande maioria dos delegados possui pelo menos o ensino médio completo, com uma predominância significativa de ensino superior completo, e uma menor, mas ainda considerável, presença de mestrado e outras qualificações avançadas. A representatividade de categorias com níveis de escolaridade fundamental e superior incompleto é relativamente baixa, destacando a alta qualificação educacional dos delegados.

5.5.1 Graduação em odontologia

Se possui ensino superior completo, cursou Odontologia? ■ Não ■ Sim

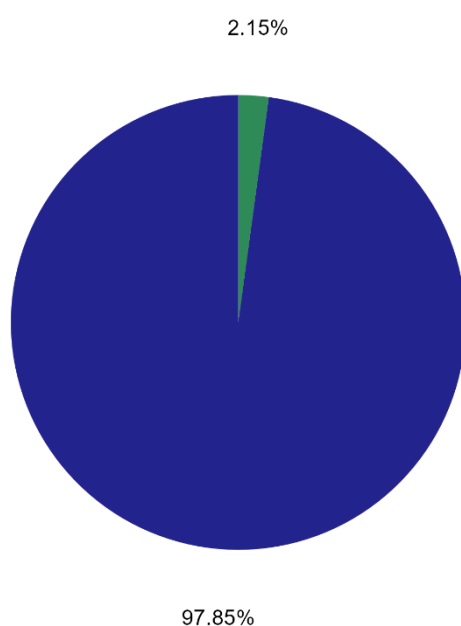


Figura 6 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por grau de escolaridade segundo graduação em odontologia

Tabela 6 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por grau de escolaridade segundo graduação em odontologia

Odontologia	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	19	2,15%
Não	866	97,85%
Total	1.216	100,00%

Dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde 866 possuem ensino superior, mas apenas 19 cursaram odontologia. Os delegados que não cursaram odontologia como graduação representam 97,9% dentre os delegados com ensino, e apenas 2,15% que seguiram essa formação específica. Indicando que, embora a maioria dos delegados tenha um nível de escolaridade elevado, poucos são da área de odontologia.

5.6 CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE

Você conhece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente? ■ Não ■ Sim

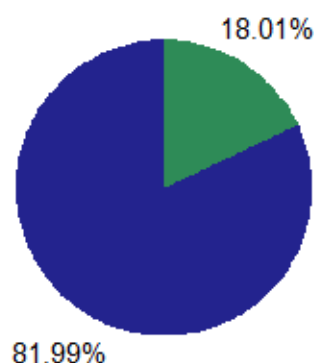


Figura 7 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo conhecimento a respeito da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

Tabela 7 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo conhecimento a respeito da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

Conhecimento Política Brasil Sorridente	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	219	18,01%
Não	997	81,99%
Total	1.216	100,00%

A análise sobre o conhecimento dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde a respeito da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente indica que a maioria significativa, 997 participantes, equivalente a 82%, declarou não conhecer a referida política. Em contrapartida, 219 delegados, ou 18%, afirmaram ter conhecimento sobre essa iniciativa.

5.7 UTILIZAÇÃO DO SUS PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

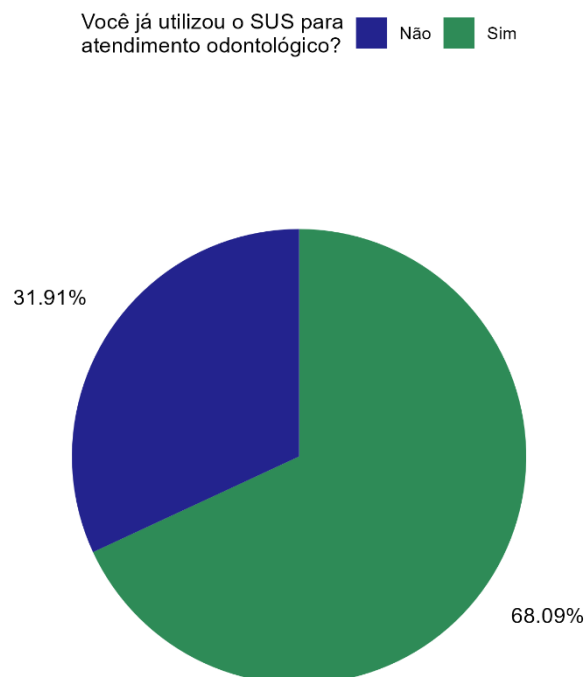


Figura 8 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo utilização do sus para atendimento odontológico

Tabela 8 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo utilização do sus para atendimento odontológico

Utilização SUS atendimento odontológico	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	828	68,09%
Não	388	31,91%
Total	1.216	100,00%

A análise sobre o uso do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento odontológico entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde revela que 828 participantes, ou 68%, indicaram que já utilizaram o SUS para esse tipo de atendimento. Por outro lado, 388 delegados, ou 32%, declararam que não utilizam o SUS para serviços odontológicos.

5.7.1 Local de atendimento quando necessita de atendimento odontológico caso não tenha utilizado o SUS

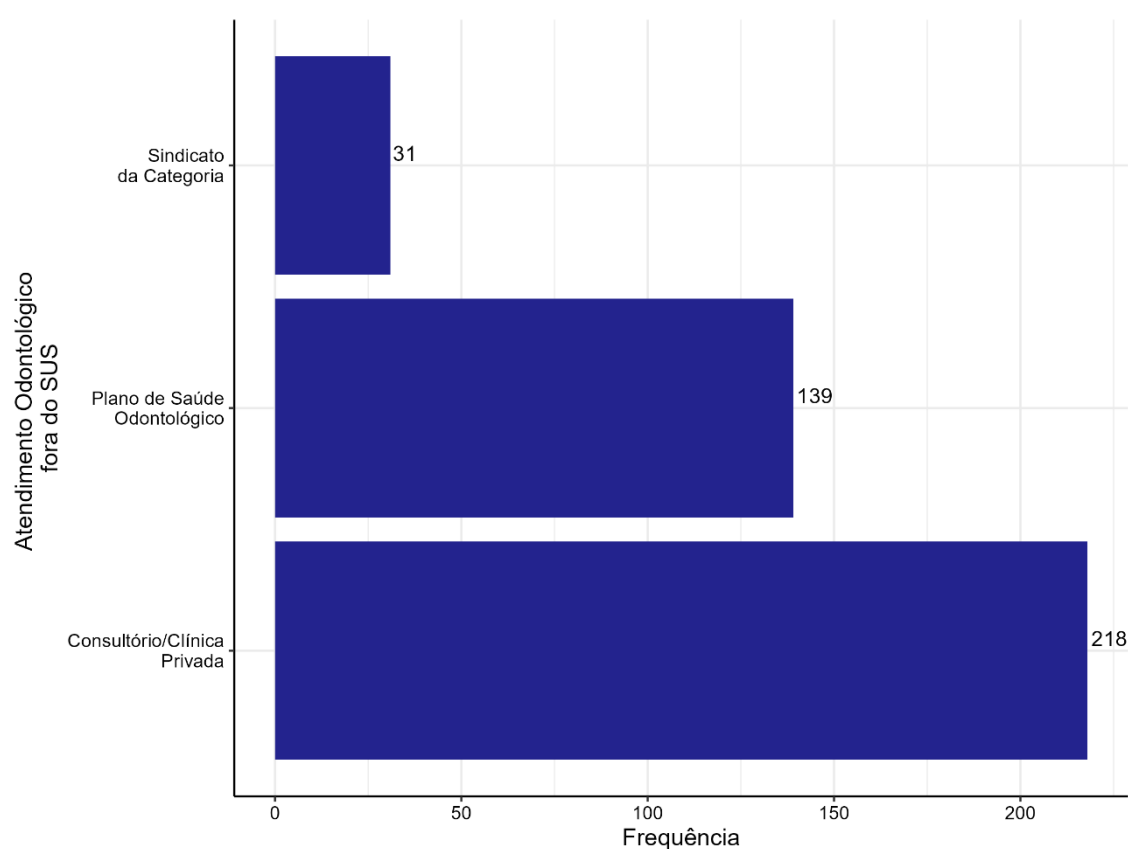


Figura 9 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo local de atendimento quando necessita de atendimento odontológico caso não tenha utilizado o SUS

Tabela 9- Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo local de atendimento quando necessita de atendimento odontológico caso não tenha utilizado o SUS

Atendimento odontológico for a do SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sindicato da Categoria	31	7,99%
Plano de Saúde Odontológico	139	35,82%
Consultório/Clínica Privada	218	56,19%
Total	388	100,00%

A análise dos locais de atendimento odontológico utilizados pelos delegados que não utilizam o SUS revela que, ao necessitar de atendimento, 218 participantes (aproximadamente 55%) recorrem a consultórios ou clínicas privadas, tornando este o local mais utilizado. Em segundo lugar, 139 delegados (35%) utilizam planos de saúde odontológicos para seus cuidados dentários. Já o atendimento pelo sindicato da categoria é o menos frequente, sendo a escolha de apenas 31 delegados, o que representa 8% do total.

5.7.2 Local de atendimento quando necessita de atendimento odontológico caso tenha utilizado o SUS

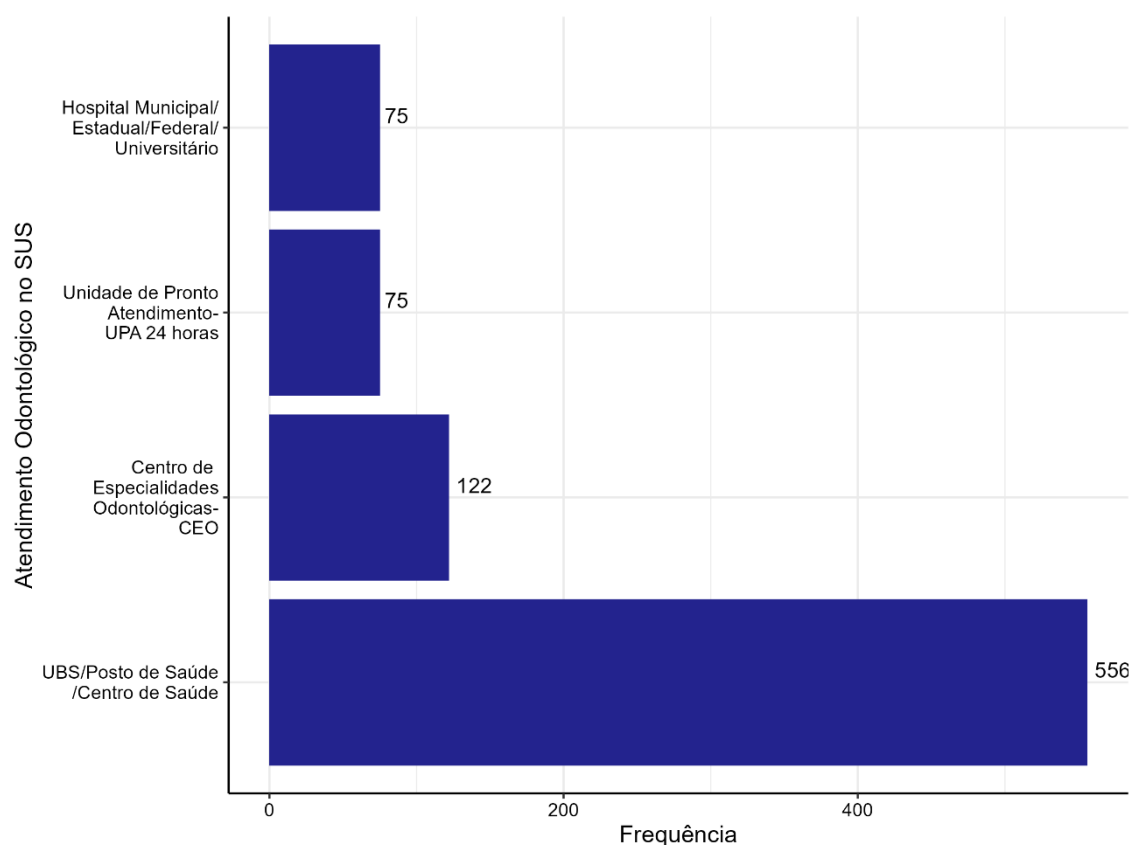


Figura 10 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo local de atendimento quando necessita de atendimento odontológico caso tenha utilizado o SUS

Tabela 10 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo local de atendimento quando necessita de atendimento odontológico caso tenha utilizado o SUS

Atendimento odontológico SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Hospital Municipal/ Estadual/ Federal/ Universitário	75	9,06%
Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 hrs	75	9,06%
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	122	14,73%
UBS/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde	556	67,15%
Total	828	100,00%

A análise dos locais de atendimento odontológico no SUS entre os delegados revela que a maioria recorre a UBS, postos de saúde ou centros de saúde, com um total de 556 respondentes, representando 54% da amostra. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é utilizado por 122 delegados, o que equivale a 12% do total. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e os Hospitais Municipais/Estaduais/Federais/Universitários são utilizados igualmente por 75 delegados cada, correspondendo a 7% do total.

5.8 OCORRÊNCIA DE DOR DE DENTE NOS ÚLTIMOS DOZE MESES

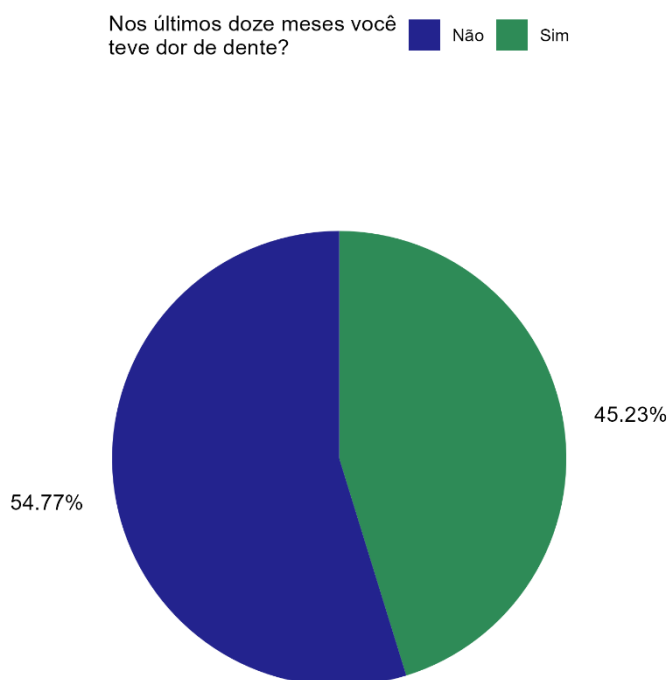


Figura 11 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por ocorrência de dor de dente nos últimos doze meses

Sobre a experiência de dor de dente nos últimos 12 meses, 550 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, ou 45,2% da amostra, relataram ter sentido dor de dente durante esse período. Esse grupo representa quase metade dos participantes, indicando uma prevalência significativa de problemas dentários.

Tabela 11 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por ocorrência de dor de dente nos últimos doze meses

Dor de dente (Últimos 12 meses)	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	550	45,23%
Não	666	54,77%
Total	1.216	100,00%

Por outro lado, 666 delegados, o que corresponde a 54,8%, afirmaram não ter experimentado dor de dente nos últimos 12 meses. Essa proporção é ligeiramente maior, sugerindo que a maioria dos delegados não enfrentou esse tipo de desconforto dentário recente.

5.9 PORTADOR DE PRÓTESE DENTÁRIA MÓVEL (PRÓTESE TOTAL OU PRÓTESE PARCIAL)

Você é portador de Prótese Dentária Móvel (Prótese total ou Prótese Parcial)?

■ Não ■ Sim

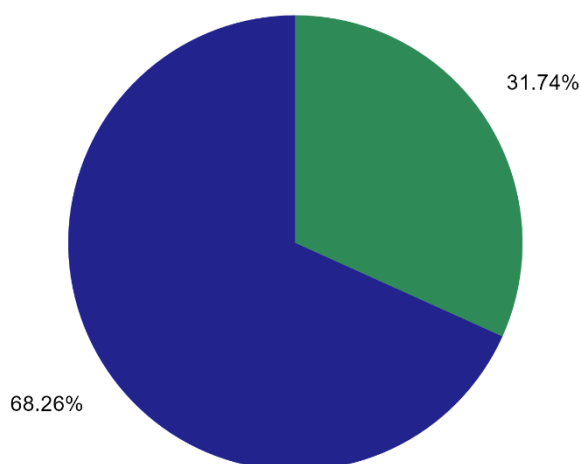


Figura 12 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo porte de prótese dentária móvel

Tabela 12 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo porte de prótese dentária móvel

Prótese Dentária Móvel	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	386	31,74%
Não	830	68,26%
Total	1.216	100,00%

Sobre o uso de prótese dentária móvel entre os delegados, 386 participantes, o que representa 31,7% da amostra, utilizam prótese dentária móvel. Este grupo corresponde a aproximadamente um terço dos entrevistados, indicando uma utilização considerável dessa solução para problemas dentários. Por outro lado, 830 delegados, ou 68,3%, não fazem uso de prótese dentária móvel. Esta proporção maior sugere que a maioria dos participantes não necessita ou opta por não utilizar esse tipo de prótese.

5.10 CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI 8.131/2017 QUE INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Tem algum conhecimento sobre o PL 8.131/2017?

■ Não ■ Sim

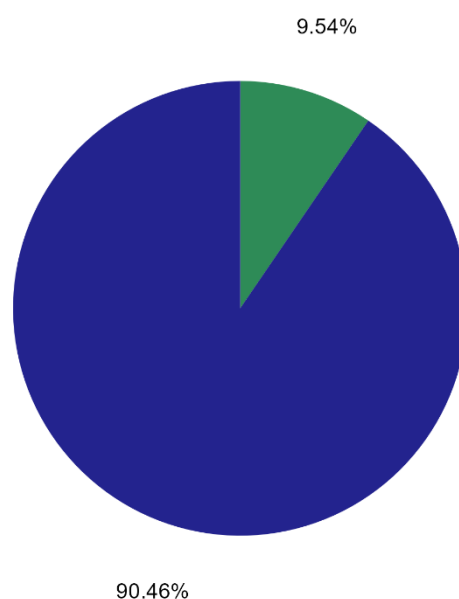


Figura 13 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por conhecimento sobre o projeto de lei 8131/2017 que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

A análise do conhecimento sobre o Projeto de Lei (PL) 8.131/2017 entre os delegados mostra que apenas 116 participantes, ou 9,54% da amostra, afirmaram conhecer o PL. Esta porcentagem relativamente baixa sugere que o conhecimento sobre esse projeto de lei é limitado entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Tabela 13 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde por conhecimento sobre o projeto de lei 8131/2017 que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Conhecimento PL 8131/2017	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	116	9,54%
Não	1100	90,46%
Total	1.216	100,00%

Em contraste, 1.100 delegados, equivalentes a 90,5%, indicaram não ter conhecimento do PL 8.131/2017. Esta alta proporção sugere que a maioria dos participantes não está informada sobre o referido projeto de lei, indicando uma possível lacuna na disseminação de informações ou na relevância percebida do tema para a maioria.

5.11 CONHECIMENTO SOBRE A LEI 14.572/23, QUE INCLUI A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Sabe sobre a inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela lei 14.572/23? ■ Não ■ Sim

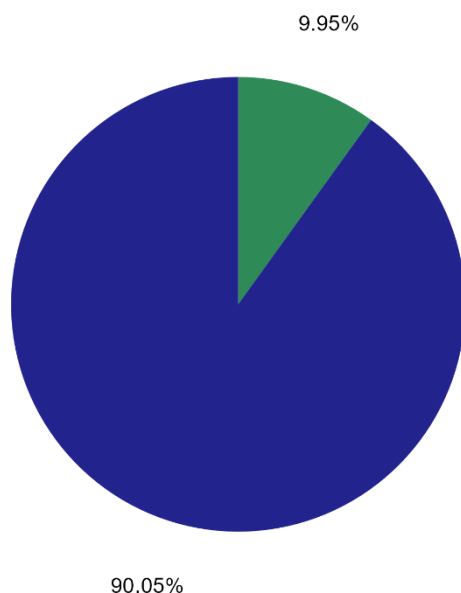


Figura 14 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)

Tabela 14 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)

Conhecimento Lei 14.572/23	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Sim	121	9,95%
Não	1095	90,05%
Total	1.216	100,00%

A análise do conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), revela que 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, representando 9,95% da amostra, afirmam conhecer a lei. Este número reflete um nível relativamente baixo de familiaridade com a legislação entre os participantes.

Por outro lado, 1.095 delegados, o que corresponde a 90,0%, indicam não ter conhecimento da Lei 14.572/23. Esta alta proporção sugere que a maior parte dos

delegados não está informada sobre essa legislação específica, destacando uma lacuna significativa no conhecimento sobre a inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS.

5.11.1 Análise apenas do perfil dos delegados que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

A seguir, apresenta-se a análise do perfil dos **121 delegados** que afirmaram ter conhecimento de que a Lei nº 14.572/2023 que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os 121 delegados que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria pertence à categoria de profissionais de saúde, com 70 (57,9%). Em seguida, os gestores(as) da saúde somam 39 (32,2%) indivíduos. Por fim, apenas 12 usuários(as) do SUS declararam ter conhecimento da lei, correspondendo a 9,9% do total.

Essa distribuição evidencia que o conhecimento sobre a legislação é significativamente mais prevalente entre os profissionais e gestores da saúde, enquanto os usuários apresentam um nível de informação consideravelmente mais baixo.

5.11.1.1 Categoria do(a) delegado(a)

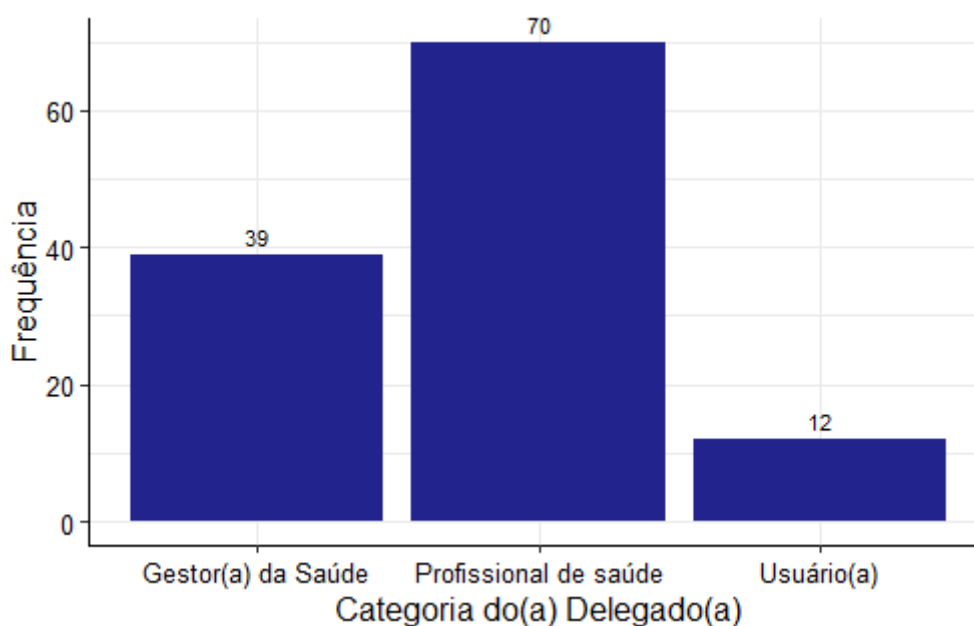


Figura 15 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde que

afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), por categoria

Tabela 15 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), por categoria

Categoria do(a) Delegado(a)	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Gestor(a) da Saúde	39	32,23%
Profissional de Saúde	70	57,85%
Usuário	12	9,92%
Total	121	100,00%

5.11.1.2 Estado do delegado(a)

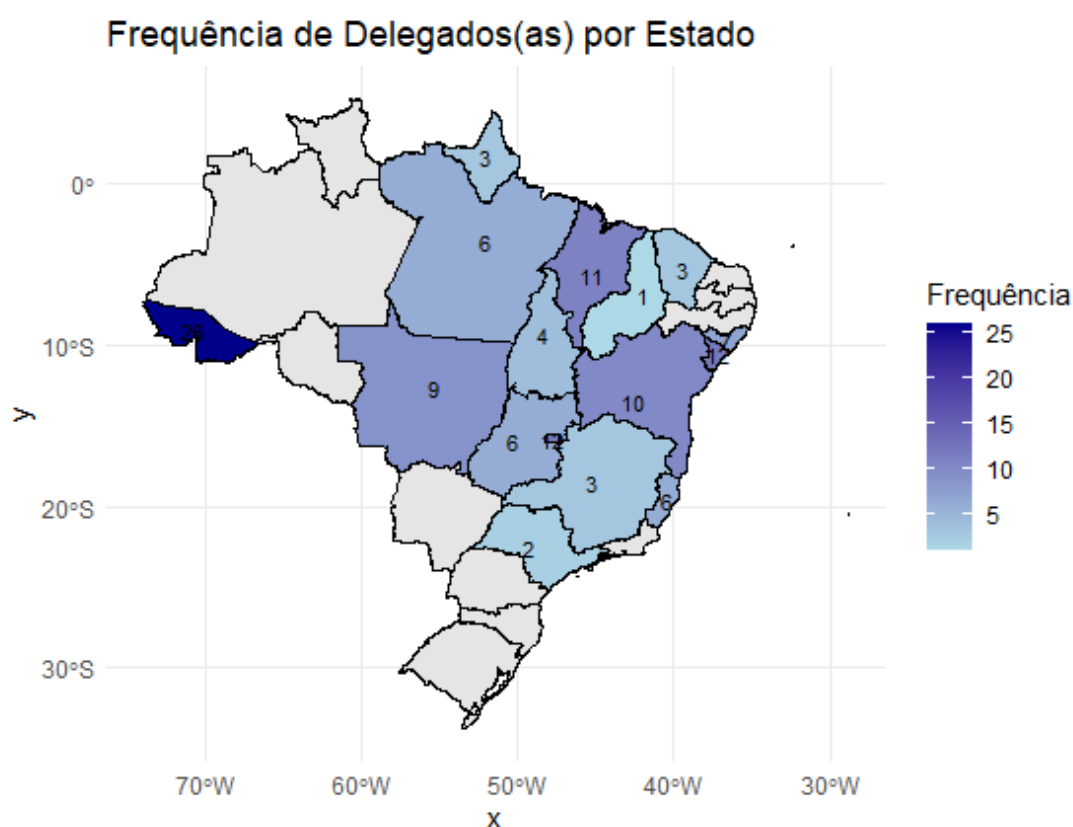


Figura 16 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), por estado.

Entre os 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que declararam conhecer a Lei nº 14.572/2023, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal ao Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se uma distribuição geográfica abrangente,

com representantes de 16 estados brasileiros. Destacam-se os estados do Acre, com 26 delegados, e tanto o Distrito Federal quanto Sergipe, com 12 delegados cada. Esses três estados concentram, juntos, mais de 40% dos participantes que demonstraram conhecimento da legislação.

Por outro lado, alguns estados apresentaram baixíssima representação entre os delegados que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023. Piauí contou com apenas 1 delegado (0,83%), e São Paulo, o estado mais populoso do país, teve somente 2 delegados (1,65%).

Ao analisar o percentual de delegados que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, que inclui a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS, observa-se uma variação significativa entre os estados. O estado do Acre se destaca de forma expressiva, com 55,32% dos seus delegados declarando conhecimento da lei, mais da metade dos delegados deste estado.

Outros estados com desempenho relativamente alto incluem o Maranhão (25,58%), Mato Grosso (21,43%), Bahia (21,28%) e Distrito Federal (16,22%), todos com percentuais acima ou próximos de 15%.

Em contrapartida, há estados com índices extremamente baixos de conhecimento proporcional, como o Piauí (1,82%), São Paulo (1,94%), e Amapá (9,38%). No entanto, em estados como Amazonas, Mato Grosso do Sul, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima e Santa Catarina, nenhum delegado declarou conhecer a legislação, apesar da presença significativa de delegados, como no caso do Amazonas (56 delegados) e São Paulo (103 delegados).

Tabela 16 - Distribuição dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde por estado que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), por estado

Estado	Frequência Absoluta	Frequência relativa	Percentual dos delegados (as) que conhecem a Lei
Acre	26	21,49%	55,32%
Alagoas	7	5,79%	16,67%
Amapá	3	2,48%	9,38%
Bahia	10	8,26%	21,28%
Ceará	3	2,48%	8,33%
Distrito Federal	12	9,92%	16,22%
Espírito Santo	6	4,96%	18,75%
Goiás	6	4,96%	12,24%
Maranhão	11	9,09%	25,58%

Estado	Frequência Absoluta	Frequência relativa	Percentual dos delegados (as) que conhecem a Lei
Mato Grosso	9	7,44%	21,43%
Minas Gerais	3	2,48%	2,83%
Pará	6	4,96%	17,14%
Piauí	1	0,83%	1,82%
Sergipe	12	9,92%	30,0%
São Paulo	2	1,65%	1,94%
Tocantins	4	3,31%	19,05%
Total	121	100,00%	-

5.11.1.3 Objetivo da inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela Lei 14.573/2023

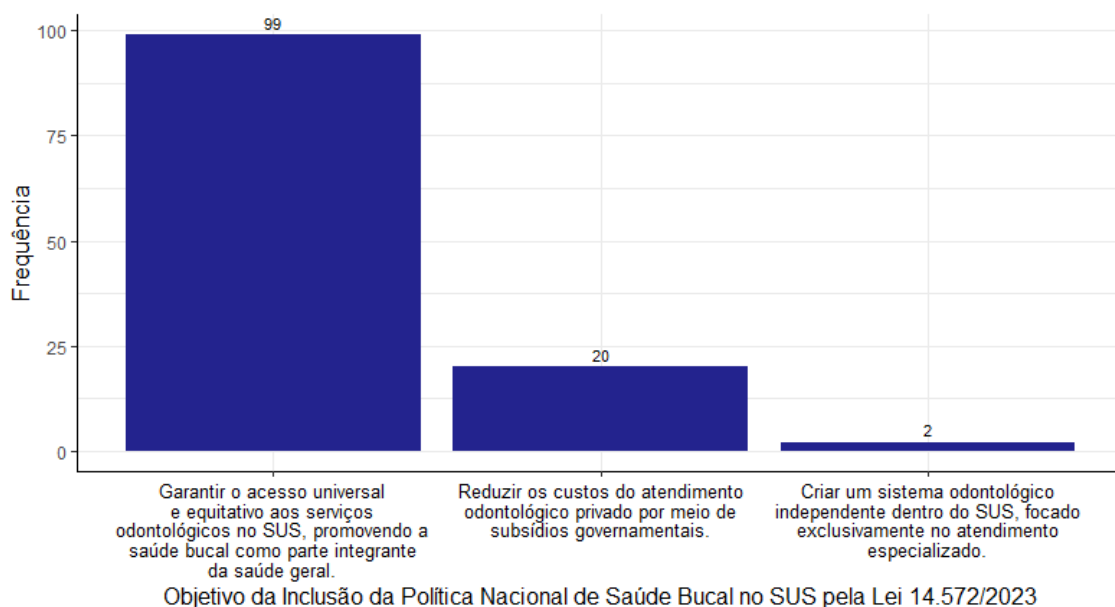


Figura 17 - Distribuição das Respostas sobre o Objetivo da Lei que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Com base nas respostas fornecidas pelos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal ao Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise descritiva sobre o entendimento do objetivo da inclusão dessa política na legislação.

Tabela 17 - Distribuição das Respostas sobre o Objetivo da Lei que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Objetivo da Inclusão da Política de Saúde Bucal	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Garantir o acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos no SUS, promovendo a saúde bucal como parte integrante da saúde geral.	99	81,82%
Reduzir os custos do atendimento odontológico privado por meio de subsídios governamentais.	20	16,53%
Criar um sistema odontológico independente dentro do SUS, focado exclusivamente no atendimento especializado	2	1,65%
Total	121	100,00%

Ao serem questionados sobre o principal objetivo da inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela nova legislação, os delegados tiveram três opções de resposta, sendo apenas uma considerada correta: “Garantir o acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos no SUS, promovendo a saúde bucal como parte integrante da saúde geral”. As outras duas alternativas apresentadas foram: “Criar um sistema odontológico independente dentro do SUS, focado exclusivamente no atendimento especializado” e “Reduzir os custos do atendimento odontológico privado por meio de subsídios governamentais”.

A ampla maioria dos respondentes, 99 delegados (81,8%), identificou corretamente o objetivo da lei, demonstrando um bom nível de compreensão sobre os princípios que regem a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS. Por outro lado, 20 delegados (16,5%) atribuíram à lei o objetivo de reduzir os custos do atendimento odontológico privado com subsídios públicos, o que revela uma confusão sobre a finalidade pública e universal do SUS. Apenas 2 delegados (1,7%) indicaram como objetivo a criação de um sistema odontológico independente focado em atendimento especializado, uma resposta que distorce o princípio da integração das ações de saúde bucal no modelo de atenção integral do SUS.

5.11.1.4 Serviços que devem ser assegurados no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela Lei 14.573/2023

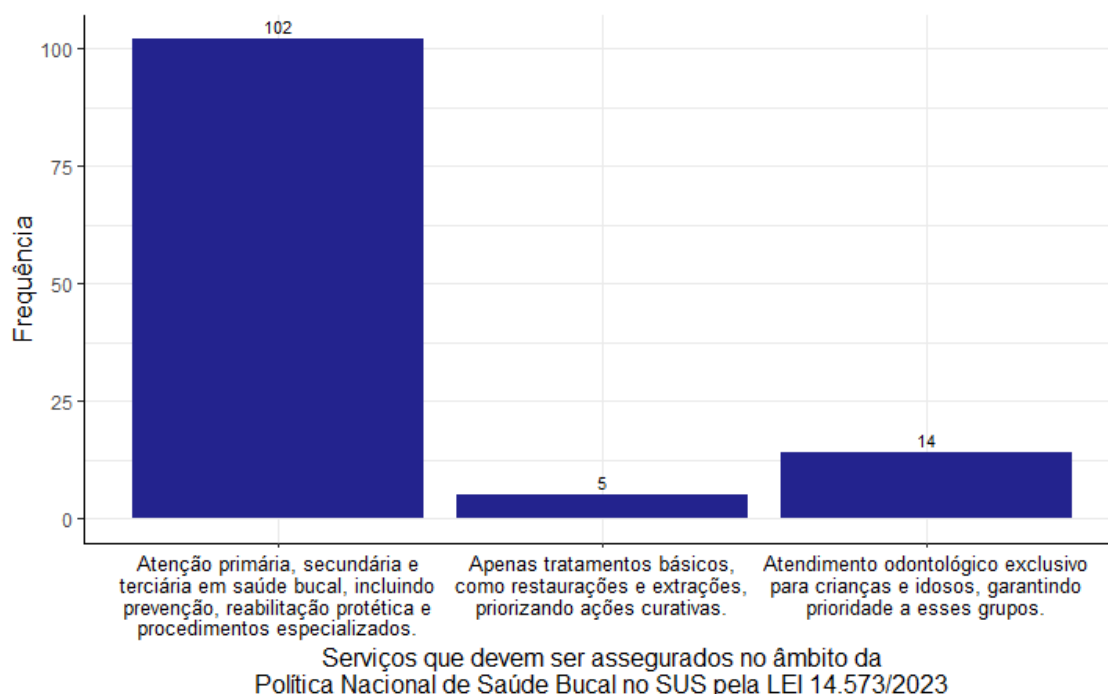


Figura 18 - Distribuição das Respostas sobre os serviços que devem ser assegurados no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela Lei 14.573/2023 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 18 - Distribuição das Respostas sobre os serviços que devem ser assegurados no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela Lei 14.573/2023 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Serviços assegurados Pela Política de Saúde Bucal	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Atenção primária, secundária e terciária em saúde bucal, incluindo prevenção, reabilitação protética e procedimentos especializados.	102	84,30%
Atendimento odontológico exclusivo para crianças e idosos, garantindo prioridade a esses grupos.	14	11,57%
Apenas tratamentos básicos, como restaurações e extrações, priorizando ações curativas.	5	4,13%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas fornecidas pelos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal ao Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise descritiva sobre a compreensão dos serviços que devem ser assegurados no âmbito dessa política, conforme estabelecido na legislação.

Ao serem questionados sobre quais serviços devem ser assegurados no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, os delegados escolheram entre três opções. Apenas uma delas corresponde ao conteúdo correto da lei: “Atenção primária, secundária e terciária em saúde bucal, incluindo prevenção, reabilitação protética e procedimentos especializados.”

Essa alternativa correta foi selecionada por 102 delegados (84,3%), o que indica um alto grau de compreensão sobre a abrangência da atenção em saúde bucal prevista na legislação, que vai além dos cuidados básicos, integrando diferentes níveis de complexidade de forma articulada e contínua.

Por outro lado, 14 delegados (11,6%) assinalaram a opção “Atendimento odontológico exclusivo para crianças e idosos, garantindo prioridade a esses grupos”, o que revela uma visão restritiva e segmentada da política, não compatível com os princípios da universalidade e integralidade do SUS.

Além disso, 5 delegados (4,1%) optaram pela alternativa “Apenas tratamentos básicos, como restaurações e extrações, priorizando ações curativas”, que reduz a Política Nacional de Saúde Bucal a um modelo limitado, voltado exclusivamente para ações de média complexidade e foco curativo, em desacordo com a diretriz legal da promoção da saúde e da reabilitação integral.

5.11.1.5 Fortalecimento da atuação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) no sus pela Lei 14.572/23

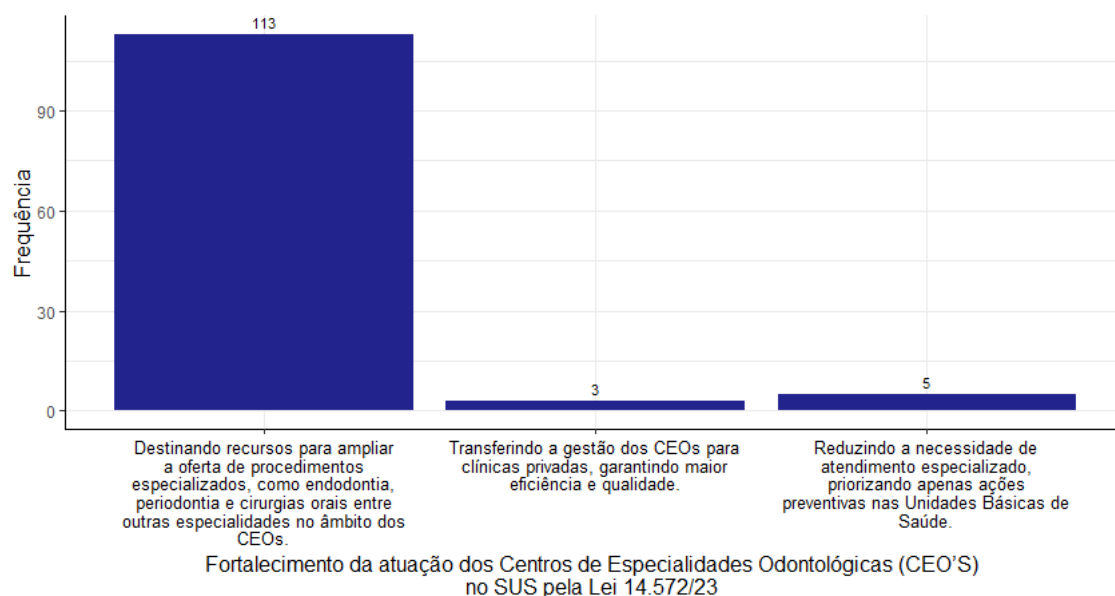


Figura 19 - Distribuição das Respostas sobre o fortalecimento da atuação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) no SUS pela Lei 14.573/2023 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 19 - Distribuição das Respostas sobre o fortalecimento da atuação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) no SUS pela Lei 14.573/2023 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Compreensão sobre o fortalecimento dos CEO's	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Destinando recursos para ampliar a oferta de procedimentos especializados, como endodontia, periodontia e cirurgias orais entre outras especialidades no âmbito dos CEOs.	113	93,39%
Reduzindo a necessidade de atendimento especializado, priorizando apenas ações preventivas nas Unidades Básicas de Saúde.	5	4,13%
"Transferindo a gestão dos CEOs para clínicas privadas, garantindo maior eficiência e qualidade.	3	2,48%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, foi realizada uma análise

descritiva sobre o entendimento desses participantes quanto à forma como a legislação fortalece a atuação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no SUS.

Os delegados foram questionados sobre como a Lei contribui para a atuação dos CEOs e receberam três alternativas, sendo apenas uma considerada correta: “Destinando recursos para ampliar a oferta de procedimentos especializados, como endodontia, periodontia e cirurgias orais entre outras especialidades no âmbito dos CEOs.”

A opção correta foi assinalada por 113 (93,4%) delegados, indicando alto grau de alinhamento com o conteúdo da legislação por parte da maioria dos participantes. Isso demonstra uma boa compreensão sobre a função dos CEOs como pontos de atenção especializada dentro da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS.

No entanto, 5 delegados (4,1%) assinalaram a alternativa que afirma que a lei fortalece os CEOs reduzindo a necessidade de atendimento especializado e priorizando apenas ações preventivas nas Unidades Básicas de Saúde. Outros 3 delegados (2,48%) indicaram que a atuação dos CEOs seria fortalecida por meio da transferência da gestão para clínicas privadas, o que representa uma compreensão incorreta e incompatível com os princípios do SUS.

5.11.1.6 Equidade no acesso à saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23

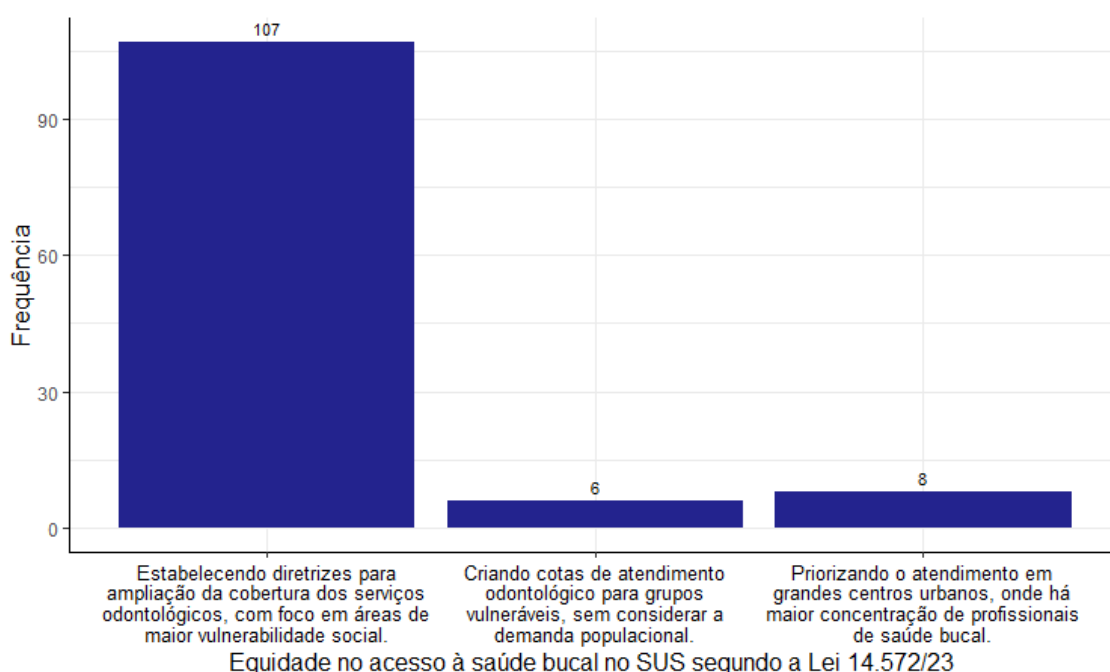


Figura 20 - Distribuição das Respostas sobre a equidade no acesso à saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.573/2023 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 20 - Distribuição das Respostas sobre a equidade no acesso à saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.573/2023 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Contribuição da Lei 14.572/23 para a equidade	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Estabelecendo diretrizes para ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, com foco em áreas de maior vulnerabilidade social.	107	88,43%
Criando cotas de atendimento odontológico para grupos vulneráveis, sem considerar a demanda populacional.	6	4,96%
Priorizando o atendimento em grandes centros urbanos, onde há maior concentração de profissionais de saúde bucal.	8	6,61%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, foi realizada uma análise descritiva quanto à compreensão sobre a forma como a legislação contribui para a equidade no acesso à saúde bucal no SUS.

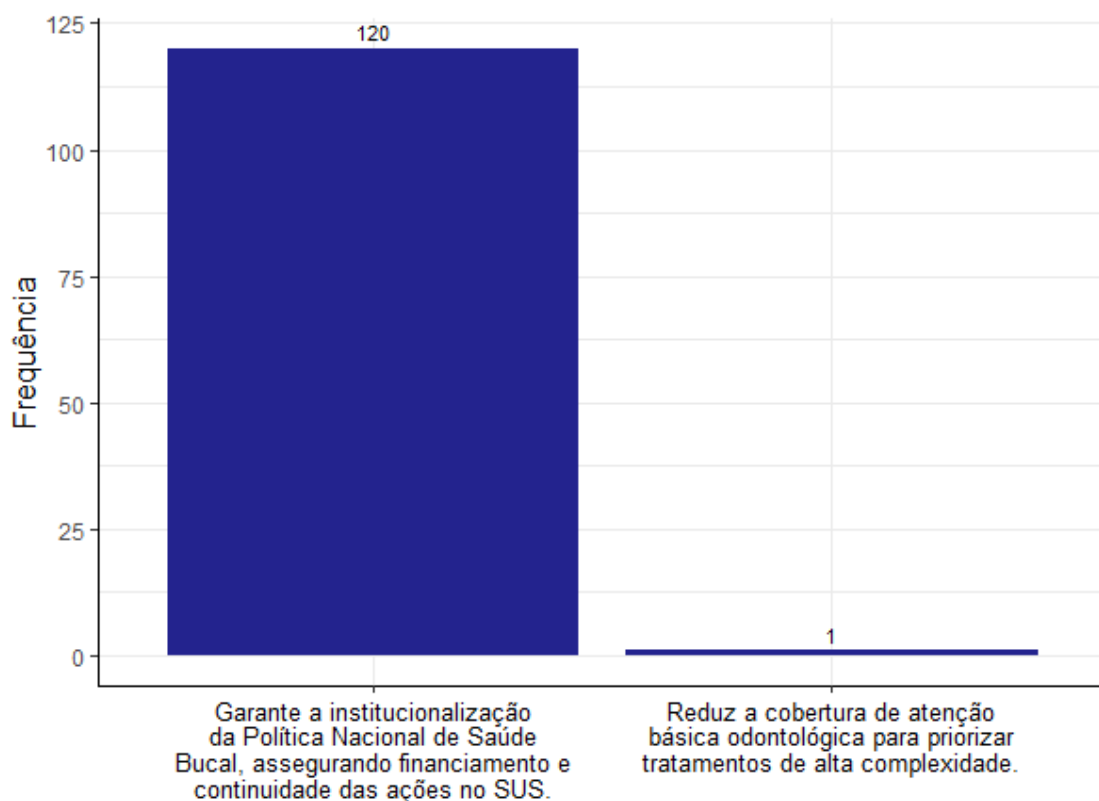
Os delegados foram questionados sobre como a Lei promove a equidade no acesso aos serviços odontológicos e receberam três alternativas, sendo considerada correta: “Estabelecendo diretrizes para ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, com foco em áreas de maior vulnerabilidade social.”

Essa opção correta foi assinalada por 107 (88,4%) delegados, evidenciando um alto grau de entendimento sobre um dos principais pilares da Política Nacional de Saúde Bucal: a redução das desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços.

Contudo, 8 delegados (6,6%) selecionaram a alternativa que sugere a priorização do atendimento em grandes centros urbanos, onde há maior concentração de profissionais. Essa escolha revela uma compreensão equivocada dos princípios de equidade, confundindo maior oferta de profissionais com maior necessidade populacional.

Além disso, 6 delegados (4,96%) indicaram que a equidade seria promovida por meio da criação de cotas de atendimento para grupos vulneráveis, desconsiderando a demanda populacional. Essa opção aponta para uma leitura distorcida do conceito de equidade no SUS, que busca justamente adequar a oferta de serviços às necessidades reais da população, especialmente em territórios historicamente desassistidos.

5.11.1.7 Impacto da lei 14.572/23 na estrutura do sus em relação à saúde bucal



Impacto da Lei 14.572/23 na estrutura do SUS em relação à saúde bucal

Figura 21 - Distribuição das Respostas sobre o impacto da Lei 14.572/23 na estrutura do SUS em relação a saúde bucal dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 21 - Distribuição das Respostas sobre o impacto da Lei 14.572/23 na estrutura do SUS em relação a saúde bucal dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Impacto da Lei 14.572/23 no SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Garante a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal, assegurando financiamento e continuidade das ações no SUS.	120	99,17%

Impacto da Lei 14.572/23 no SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Reduz a cobertura de atenção básica odontológica para priorizar tratamentos de alta complexidade.	1	0,83%
Substitui o atendimento público odontológico por convênios com clínicas privadas	0	0,00%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento da Lei nº 14.572/2023, que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise descritiva sobre o entendimento dos impactos dessa legislação na estrutura do SUS em relação à saúde bucal.

A pergunta formulada apresentava três alternativas. A resposta correta, segundo o conteúdo da lei, é: “Garante a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal, assegurando financiamento e continuidade das ações no SUS.” Essa opção foi selecionada por 120 (99,2%) delegados. Esse resultado demonstra uma compreensão sólida e amplamente majoritária sobre o principal impacto trazido pela legislação.

Apenas 1 delegado (0,83%) marcou a alternativa que afirma que a lei “reduz a cobertura de atenção básica odontológica para priorizar tratamentos de alta complexidade”, o que representa uma compreensão distorcida do conteúdo e dos objetivos da norma. A terceira alternativa “Substitui o atendimento público odontológico por convênios com clínicas privadas”, não foi escolhida por nenhum participante.

5.11.1.8 Princípios que devem nortear a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23

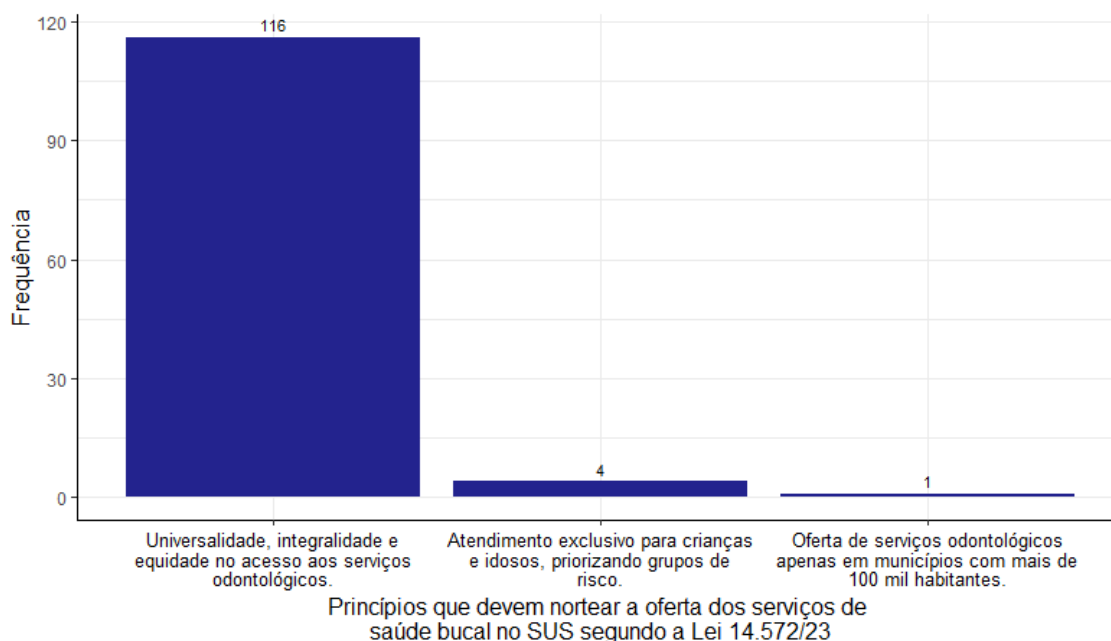


Figura 22 - Distribuição das Respostas sobre os princípios que devem nortear a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 22 - Distribuição das Respostas sobre os princípios que devem nortear a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Princípios Norteadores da Saúde Bucal no SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços odontológicos.	116	95,87%
Atendimento exclusivo para crianças e idosos, priorizando grupos de risco.	4	3,31%
Oferta de serviços odontológicos apenas em municípios com mais de 100 mil habitantes.	1	0,83%
Total	121	100,00%

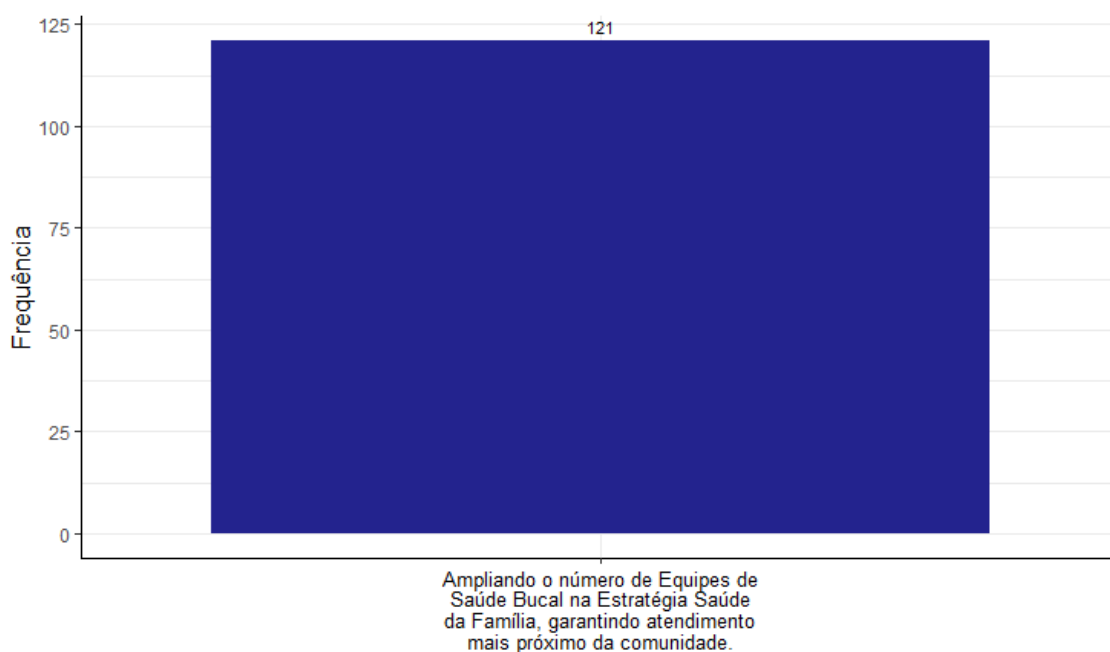
Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento da Lei nº 14.572/2023, foi realizada uma análise descritiva sobre a compreensão dos princípios que devem nortear a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS, conforme previsto na legislação.

A alternativa considerada correta é “Universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços odontológicos.” Esta foi selecionada por 116 delegados

(95,9%), demonstrando um nível elevado de compreensão conceitual por parte da ampla maioria dos participantes.

Por outro lado, 4 delegados (3,31%) optaram pela alternativa que propõe atendimento exclusivo para crianças e idosos, priorizando grupos de risco. Além disso, 1 delegado (0,83%) escolheu a opção que limita a oferta de serviços odontológicos a municípios com mais de 100 mil habitantes.

5.11.1.9 Fortalecimento da atenção primária à saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23



Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23

Figura 23 - Distribuição das Respostas sobre o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 23 - Distribuição das Respostas sobre o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Princípios Norteadores da Saúde Bucal no SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Ampliando o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, garantindo atendimento mais próximo da comunidade.	121	100,00%
Criando um sistema odontológico independente, desvinculado da Atenção Primária à Saúde.	0	0,00%

Princípios Norteadores da Saúde Bucal no SUS	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Reduzindo o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e concentrando os atendimentos em hospitais especializados.	0	0,00%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento da Lei nº 14.572/2023, que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise descritiva quanto ao entendimento sobre a forma como essa legislação fortalece a Atenção Primária à Saúde Bucal no SUS.

A resposta correta, segundo o conteúdo da lei é: “Ampliando o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, garantindo atendimento mais próximo da comunidade.” Todos os 121 delegados (100%) assinalaram essa alternativa, demonstrando compreensão unânime e precisa sobre o papel da Atenção Primária na efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal.

5.11.1.10 Redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos segundo a Lei 14.572/23

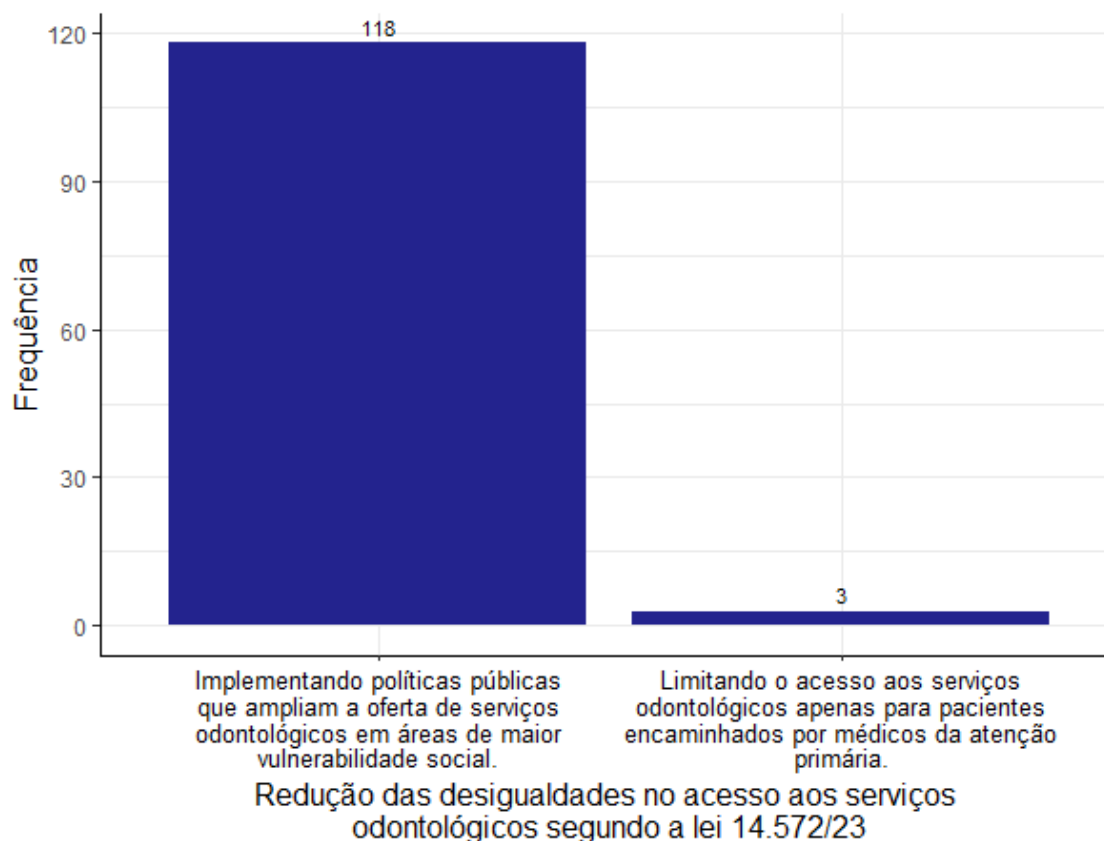


Figura 24 - Distribuição das Respostas sobre a redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 24 - Distribuição das Respostas sobre a redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Redução Das Desigualdades No Acesso Aos Serviços Odontológicos	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Implementando políticas públicas que ampliam a oferta de serviços odontológicos em áreas de maior vulnerabilidade social.	118	97,52%
Limitando o acesso aos serviços odontológicos apenas para pacientes encaminhados por médicos da atenção primária.	3	2,48%
Criando um sistema de atendimento prioritário apenas para trabalhadores formais que contribuem para o SUS.	0	0,00%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento da Lei nº 14.572/2023, que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise sobre a compreensão dos participantes quanto à forma como a legislação contribui para a redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos.

A alternativa correta, segundo o conteúdo da Lei é “Implementando políticas públicas que ampliam a oferta de serviços odontológicos em áreas de maior vulnerabilidade social.” Essa opção foi assinalada por 118 (97,52%) delegados. Esse resultado demonstra um entendimento amplamente consolidado entre os participantes sobre o papel estratégico da legislação no enfrentamento das desigualdades regionais e sociais no acesso à saúde bucal, reforçando o compromisso do SUS com a equidade.

Por outro lado, 3 delegados (2,48%) indicaram como resposta que a redução das desigualdades ocorreria por meio da limitação do acesso aos serviços odontológicos apenas para pacientes encaminhados por médicos da atenção primária. A terceira opção apresentada, que propunha a criação de um sistema de

atendimento prioritário apenas para trabalhadores formais que contribuem para o SUS, não foi assinalada por nenhum dos delegados.

5.11.1.11 Serviços odontológicos que devem ser oferecidos no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, segundo a Lei 14.572/23

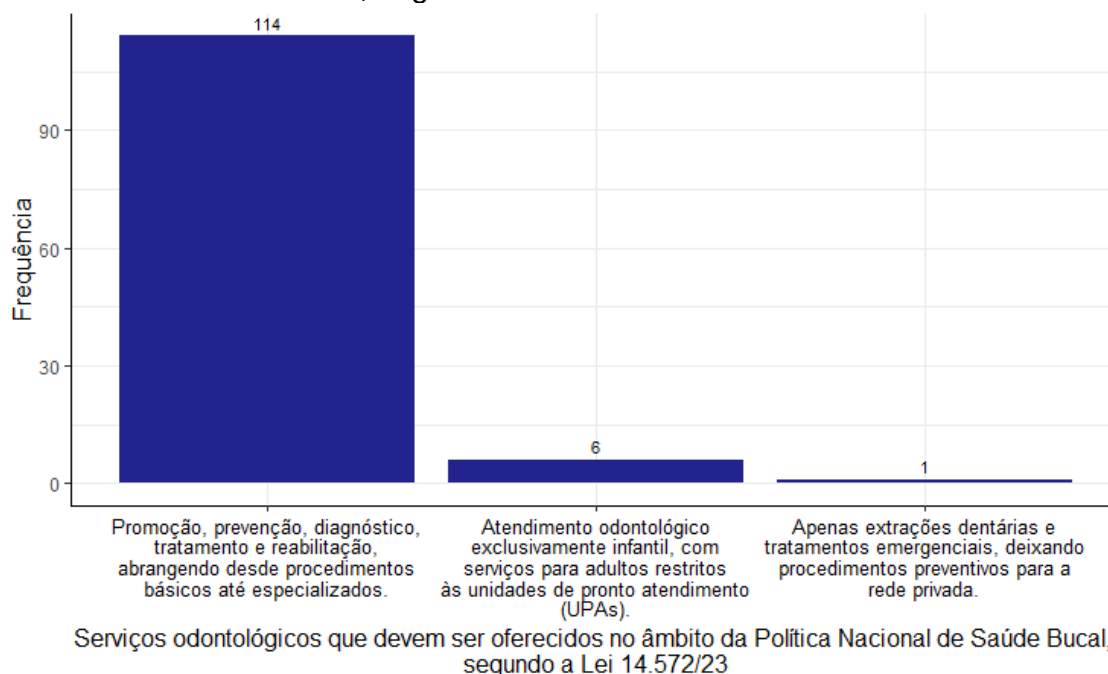


Figura 25 - Distribuição das Respostas sobre serviços odontológicos que devem ser oferecidos no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 25 - Distribuição das Respostas sobre serviços odontológicos que devem ser oferecidos no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, segundo a Lei 14.572/23 dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Serviços Odontológicos Segundo A Lei 14.572/23	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, abrangendo desde procedimentos básicos até especializados.	114	94,21%
Atendimento odontológico exclusivamente infantil, com serviços para adultos restritos às unidades de pronto atendimento (UPAs).	6	4,96%
Apenas extrações dentárias e tratamentos emergenciais, deixando procedimentos preventivos para a rede privada.	1	0,83%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento da Lei nº 14.572/2023, que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise sobre a compreensão dos serviços odontológicos que devem ser oferecidos conforme estabelecido na nova legislação.

A alternativa correta é “Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, abrangendo desde procedimentos básicos até especializados.” Essa resposta reflete os princípios da integralidade da atenção no SUS e foi selecionada por 114 (94,21%) delegados.

Por outro lado, 6 delegados (4,96%) escolheram a opção que propunha o atendimento odontológico exclusivamente infantil, com restrição dos serviços para adultos às unidades de pronto atendimento (UPAs). Apenas 1 delegado (0,83%) indicou como correta a alternativa que restringe os serviços odontológicos à extração dentária e tratamentos emergenciais, deixando os procedimentos preventivos para a rede privada.

5.11.1.12 Expectativas em relação à inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como uma política de Estado por meio da Lei 14.572/23

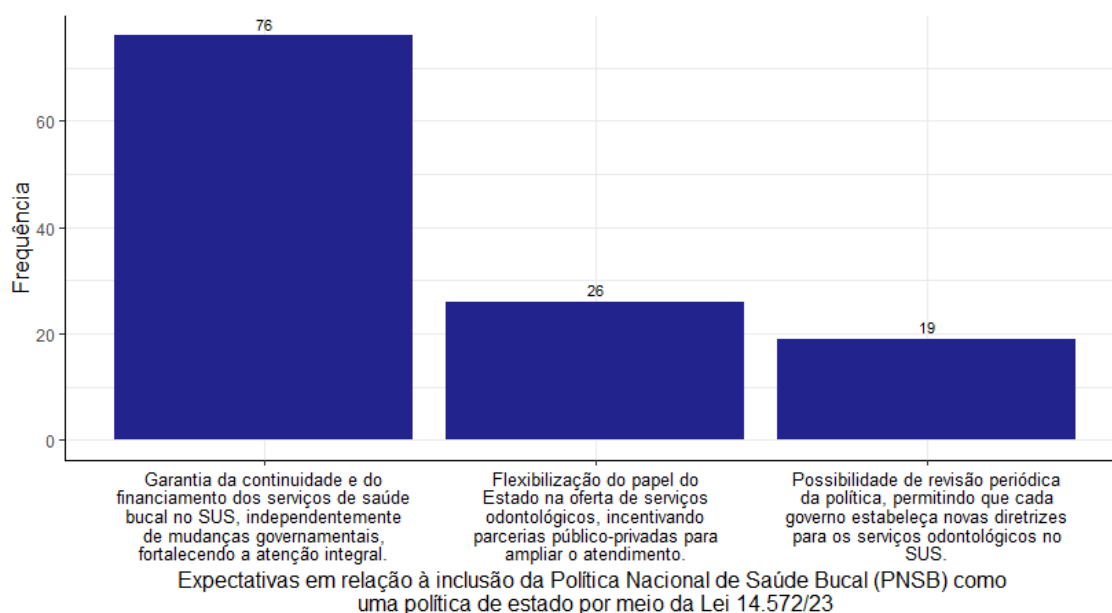


Figura 26 - Distribuição das Respostas sobre as expectativas em relação à inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como uma política de estado por meio da Lei 14.572/23, dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram terem conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Tabela 26 - Distribuição das Respostas sobre as expectativas em relação à inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como uma política de estado por meio da Lei 14.572/23, dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento sobre a Lei 14.572/23

Expectativas Sobre A PNSB Como Política De Estado	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Garantia da continuidade e do financiamento dos serviços de saúde bucal no SUS, independentemente de mudanças governamentais, fortalecendo a atenção integral	76	62,81%
Flexibilização do papel do Estado na oferta de serviços odontológicos, incentivando parcerias público-privadas para ampliar o atendimento.	26	21,49%
Possibilidade de revisão periódica da política, permitindo que cada governo estabeleça novas diretrizes para os serviços odontológicos no SUS.	19	15,70%
Total	121	100,00%

Com base nas respostas dos 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que afirmaram ter conhecimento da Lei nº 14.572/2023, que passou a incluir a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada uma análise sobre as expectativas atribuídas à PNSB como Política de Estado, conforme estabelecido na nova legislação.

A alternativa considerada ideal é “Garantia da continuidade e do financiamento dos serviços de saúde bucal no SUS, independentemente de mudanças governamentais, fortalecendo a atenção integral.” Essa resposta foi assinalada por 76 (62,81%) delegados indicando que a maioria reconhece o valor da institucionalização da PNSB como política de Estado.

No entanto, 19 delegados (15,70%) responderam que a nova lei abriria espaço para a revisão periódica da política, permitindo que cada governo estabeleça novas diretrizes para os serviços odontológicos. Além disso, 26 delegados (21,49%) selecionaram a opção que defende a flexibilização do papel do Estado na oferta dos serviços, com o incentivo a parcerias público-privadas como meio de ampliação do atendimento.

5.12 GRAU DE RELEVÂNCIA SOBRE TEMAS RELACIONADOS A SAÚDE BUCAL DENTRO DA CNS

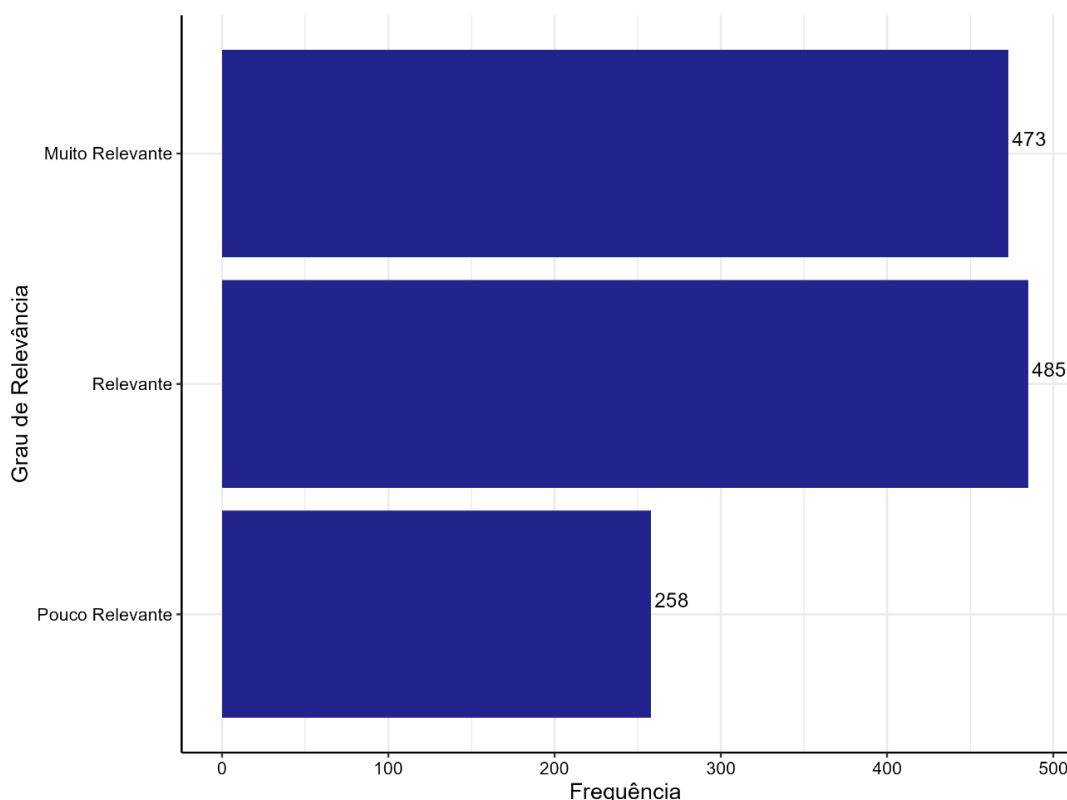


Figura 27- Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo opinião sobre o grau de relevância dos temas relacionados à Saúde Bucal dentro da Comissão Nacional de Saúde (CNS)

Tabela 27 - Distribuição dos Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde segundo opinião sobre o grau de relevância dos temas relacionados à Saúde Bucal dentro da Comissão Nacional de Saúde (CNS)

Grau relevância temas relacionados a saúde buccal dentro da cns	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Muito Relevante	473	38,90%
Relevante	485	39,88%
Pouco relevante	258	21,22%
Total	1.216	100,00%

A análise das opiniões sobre o grau de relevância dos temas relacionados à Saúde Bucal dentro da Comissão Nacional de Saúde (CNS) revela que do total de 473 delegados, correspondendo a 34,6% da amostra, considera esses temas como muito relevantes. Além disso, 485 delegados, o que equivale a 35,8%, classificam os

temas como relevantes, refletindo uma opinião majoritária sobre a importância dos temas, embora com um grau de intensidade um pouco menor em comparação com o grupo que considera os assuntos como muito relevantes. Por outro lado, 258 delegados, ou 19,3%, consideram os temas relacionados à Saúde Bucal como pouco relevantes.

Em geral, enquanto a maioria dos delegados atribui muita relevância aos temas de Saúde Bucal, reconhecendo sua importância para a comissão, ainda há uma parcela significativa que os vê com menor prioridade, refletindo uma diversidade de opiniões e prioridades dentro da CNS.

ANÁLISES DESCRITIVAS BIVARIADAS

5.13 CATEGORIA DO(A) DELEGADO(A) X CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE

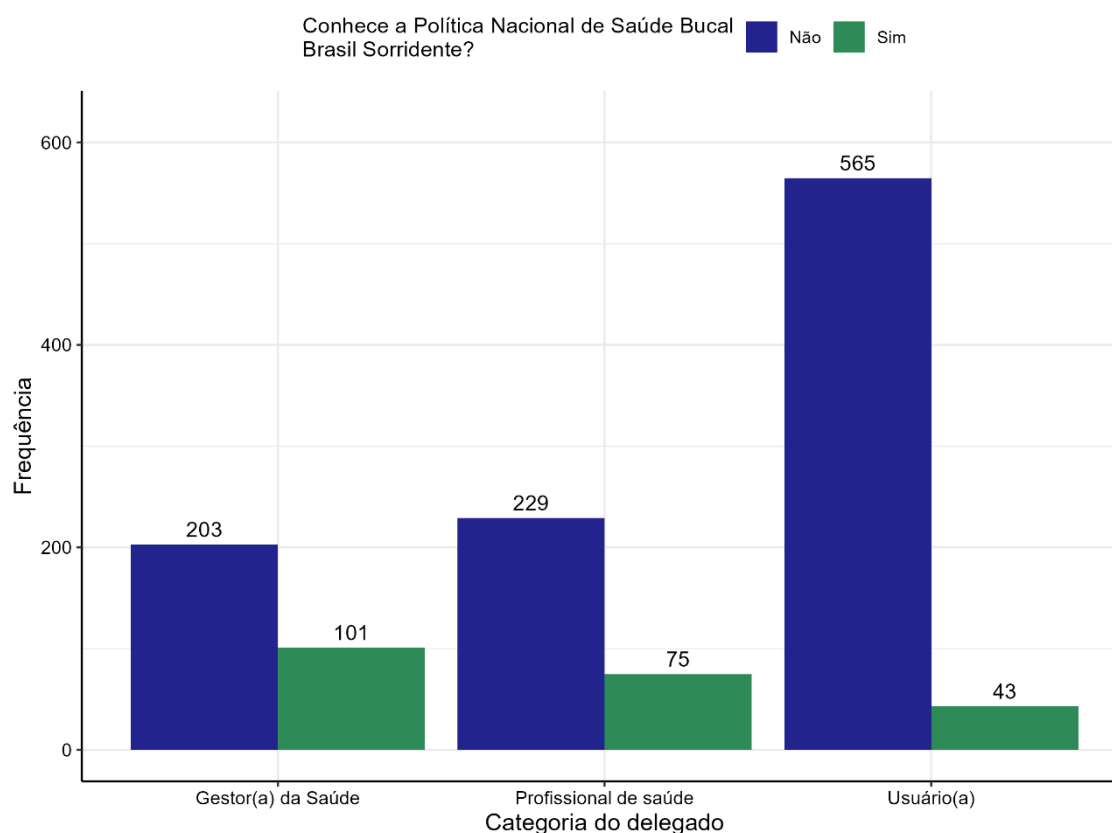


Figura 28 - Distribuição do Conhecimento Sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente por Categoria do Delegado

Tabela 28 - Distribuição do Conhecimento Sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente por Categoria do Delegado

Categoria do Delegado	Conhecimento Brasil Sorridente	
	Sim	Não
Gestor(a) da Saúde	101	203
Profissional de saúde	75	229
Usuário(a)	43	565
Total	219	997

Entre os gestores(as) da saúde, 203 (66,7%) afirmam não conhecer a política, enquanto 101 (33,3%) indicam que a conhecem. Esta distribuição sugere que uma parte considerável dos gestores(as) da saúde ainda não está familiarizada com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, apesar de uma proporção significativa ter algum nível de conhecimento.

Para os profissionais de saúde, 229 (75,5%) relatam não conhecer a política, em contraste com 75 (24,5%) que confirmam conhecê-la. Esse resultado mostra uma maior lacuna de conhecimento entre os profissionais de saúde, com a maioria não tendo acesso ou informação sobre a política.

Entre os usuários(as), a discrepância é ainda mais pronunciada: 565 (92,8%) não conhecem a política, enquanto apenas 43 (7,2%) a conhecem. Esta distribuição indica que o conhecimento da política é bastante limitado entre os usuários(as), refletindo uma baixa familiaridade com as iniciativas de saúde bucal do Brasil Sorridente.

Portanto, a familiaridade com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente é significativamente mais baixa entre os usuários(as) e profissionais de saúde em comparação com os gestores(as) da saúde. A maior parte dos delegados, independentemente de sua categoria, não conhece a política.

Quadro 1 - Resultado do teste qui-quadrado entre a categoria do(a) delegado(a) e o conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

Estatística do teste	Valor
Qui-quadrado	106,04
Graus de liberdade	2
Valor-p	< 2,2e-16

O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para avaliar a independência entre a categoria do delegado(a) e o conhecimento sobre a política. O valor calculado

do qui-quadrado foi 106,04 com 2 graus de liberdade e um valor-p inferior a $2,2e-16$, menor que o nível de significância de 0,05. Este resultado indica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sugerindo que o conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente varia significativamente de acordo com a categoria do delegado(a). Em outras palavras, a probabilidade de um delegado(a) conhecer a política varia significativamente conforme a sua categoria.

Além disso, foi calculado o V de Cramer, que resultou em 0,30, indicando uma associação fraca entre a categoria do(a) delegado(a) e o conhecimento sobre a política. O valor de 0,30 sugere que, embora exista uma associação significativa, a relação entre as variáveis é fraca.

5.14 CATEGORIA DO(A) DELEGADO(A) X CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI 8131/2017 QUE INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

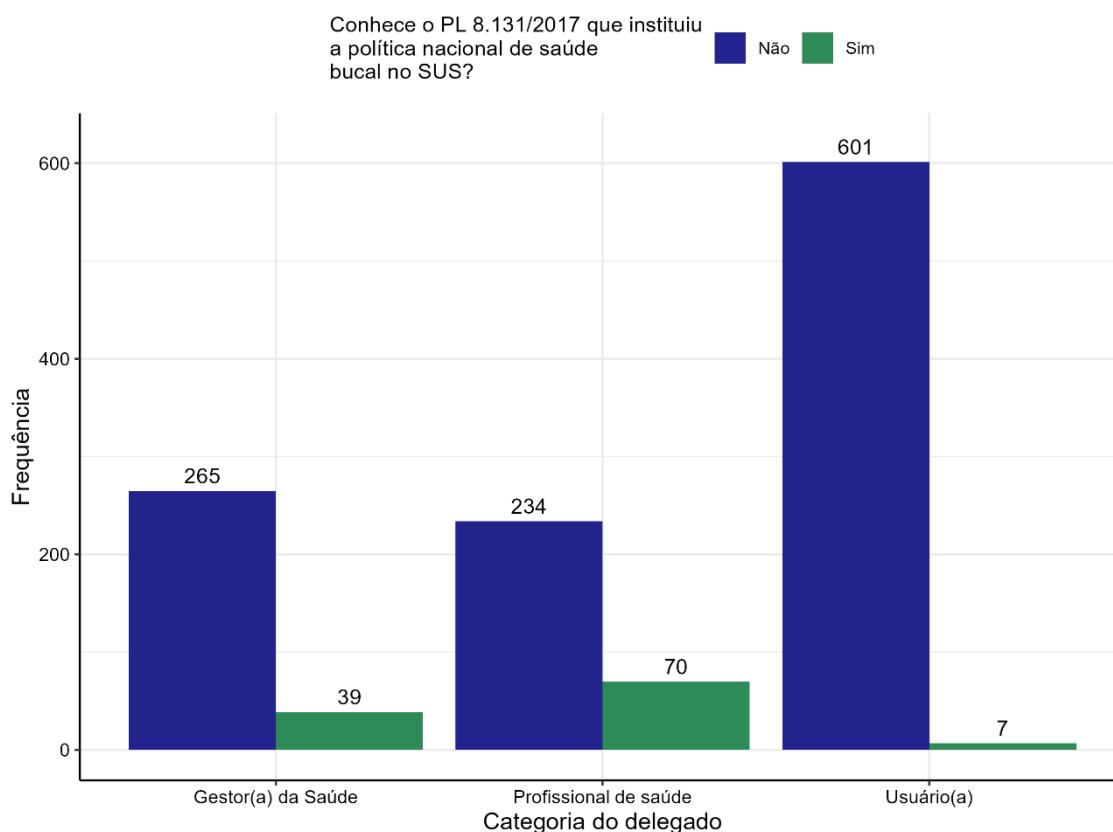


Figura 29 - Distribuição do Conhecimento Sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que institui a política nacional de saúde bucal no âmbito do SUS por Categoria do Delegado

Tabela 29 - Distribuição do Conhecimento Sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que institui a política nacional de saúde bucal no âmbito do SUS por Categoria do Delegado

Categoria do Delegado	Conhecimento PL 8131/2017	
	Sim	Não
Gestor(a) da Saúde	39	265
Profissional de saúde	70	234
Usuário(a)	7	601
Total	116	1100

Para os gestores(as) da saúde, 265 (87,1%) relatam não conhecer o Projeto de Lei 8131/2017, enquanto 39 (12,9%) afirmam conhecê-lo.

Entre os profissionais de saúde, 234 (77,0%) indicam que não conhecem o Projeto de Lei 8131/2017, enquanto 70 (23,0%) têm conhecimento sobre ele. Embora a proporção de conhecimento seja maior em comparação com os gestores(as) da saúde, ainda há uma maioria significativa de profissionais de saúde que não está informada sobre o projeto de lei.

Os usuários(as) apresentam a maior taxa de desconhecimento: 601 (98,2%) não conhecem o Projeto de Lei 8131/2017, enquanto apenas 7 (1,8%) afirmam conhecê-lo.

Em síntese, a análise indica que o conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 é limitado em todas as categorias de delegados, com uma tendência geral de desconhecimento, especialmente entre os usuários(as).

Quadro 2 - Resultado do teste qui-quadrado entre a categoria do(a) delegado(a) e o conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Estatística do teste	Valor
Qui-quadrado	117,46
Graus de liberdade	2
Valor-p	< 2,2e-16

O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para avaliar a independência entre a categoria do delegado(a) e o conhecimento sobre o PL 8.131/2017 que institui a política nacional de saúde bucal no SUS. O valor calculado do qui-quadrado foi 117.46 com 2 graus de liberdade e um valor-p inferior a 2,2e-16, menor que o nível de significância de 0,05. Este resultado indica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sugerindo que o conhecimento sobre o Projeto

de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) varia significativamente de acordo com a categoria do delegado(a). Em outras palavras, a probabilidade de um delegado(a) conhecer o projeto de lei varia significativamente conforme a sua categoria.

Além disso, foi calculado o V de Cramer, que resultou em 0,31, indicando uma associação fraca entre a categoria do(a) delegado(a) e o conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O valor de 0,31 sugere que, embora exista uma associação significativa, a relação entre as variáveis é fraca.

5.15 CATEGORIA DO(A) DELEGADO(A) X GRAU DE RELEVÂNCIA ATRIBUÍDO AOS TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL NA CNS

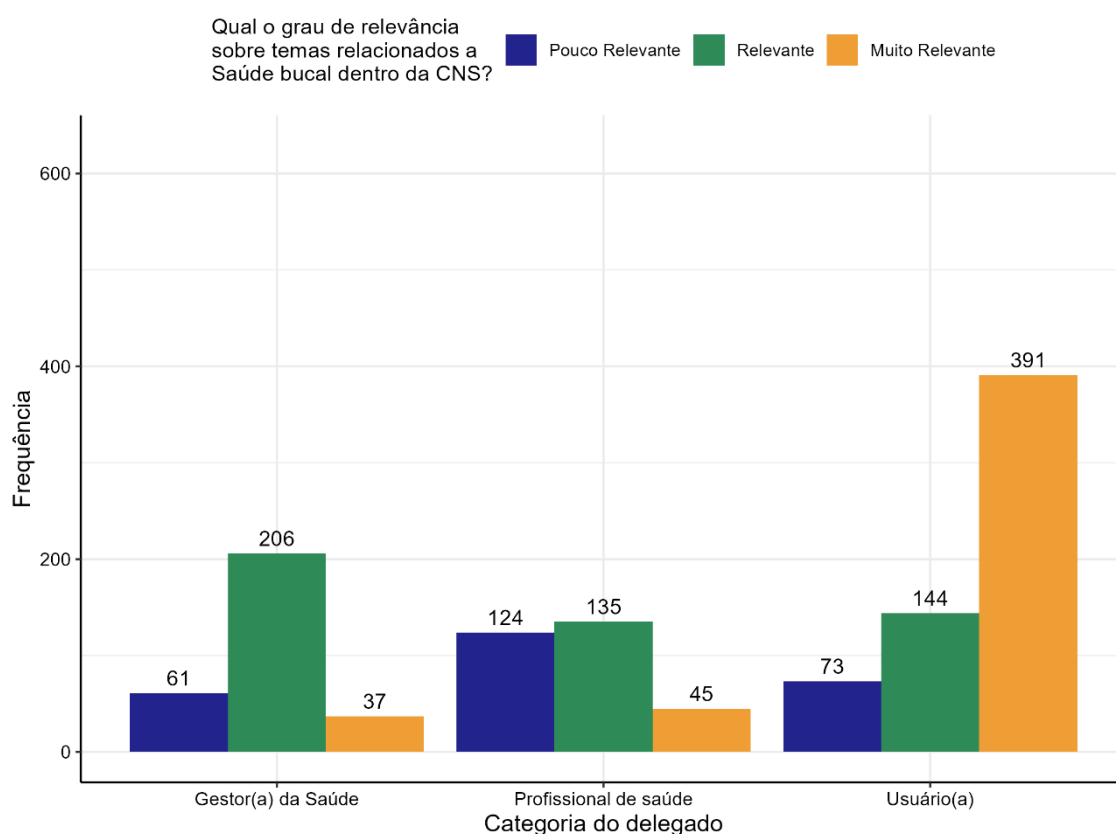


Figura 30 - Distribuição do grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS por Categoria do Delegado

Tabela 30- Distribuição do grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS por Categoria do Delegado

Categoria do Delegado	Relevância temas relacionados à saúde bucal na CNS		
	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Gestor(a) da Saúde	61	206	37
Profissional de saúde	124	135	45
Usuário(a)	73	144	391
Total	258	485	473

Para os gestores(as) da saúde, 61 (19,6%) consideram os temas relacionados à saúde bucal como pouco relevantes, 206 (65,2%) os veem como relevantes, e 37 (11,9%) os avaliam como muito relevantes. Este perfil mostra que a maioria dos gestores(as) da saúde vê os temas como relevantes, mas há uma parcela significativa que considera esses temas como pouco ou muito relevantes, indicando uma diversidade de opiniões sobre a importância desses assuntos dentro da CNS.

Os profissionais de saúde têm uma distribuição de opiniões um pouco diferente: 124 (29,3%) consideram os temas como pouco relevantes, 135 (32,4%) como relevantes, e 45 (10,7%) como muito relevantes. A maior proporção de profissionais de saúde considera os temas como pouco relevantes, o que sugere que eles podem perceber menos a importância desses temas em comparação com os gestores(as) da saúde.

Entre os usuários(as), 73 (8,9%) acham que os temas são pouco relevantes, 144 (17,7%) os veem como relevantes, e 391 (47,5%) os consideram como muito relevantes. Este grupo demonstra uma percepção marcadamente mais alta da relevância dos temas relacionados à saúde bucal, com a maioria absoluta considerando-os como muito relevantes.

Em resumo, enquanto a maioria dos gestores(as) da saúde e dos profissionais de saúde considera os temas de saúde bucal como relevantes, os usuários(as) demonstram uma percepção significativamente mais alta da importância desses temas. A divergência nas opiniões pode indicar diferentes níveis de envolvimento e prioridade atribuídos aos temas de saúde bucal entre os diferentes grupos de delegados.

Quadro 3 - Resultado do teste qui-quadrado entre a categoria do(a) delegado(a) e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS

Estatística do teste	Valor
Qui-quadrado	382,33
Graus de liberdade	4
Valor-p	< 2,2e-16

O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para avaliar a independência entre a categoria do delegado(a) e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS. O valor calculado do qui-quadrado foi 382.33 com 4 graus de liberdade e um valor-p inferior a 2,2e-16, menor que o nível de significância de 0,05. Este resultado indica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sugerindo que o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS varia significativamente de acordo com a categoria do delegado(a).

Além disso, foi calculado o V de Cramer, que resultou em 0,40, indicando uma associação moderada entre a categoria do(a) delegado(a) e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS. O valor de 0,40 sugere que, embora exista uma associação significativa, a relação entre as variáveis é moderada.

5.16 CATEGORIA DO(A) DELEGADO(A) X USO DE PRÓTESE DENTÁRIA MÓVEL (PRÓTESE TOTAL OU PRÓTESE PARCIAL)

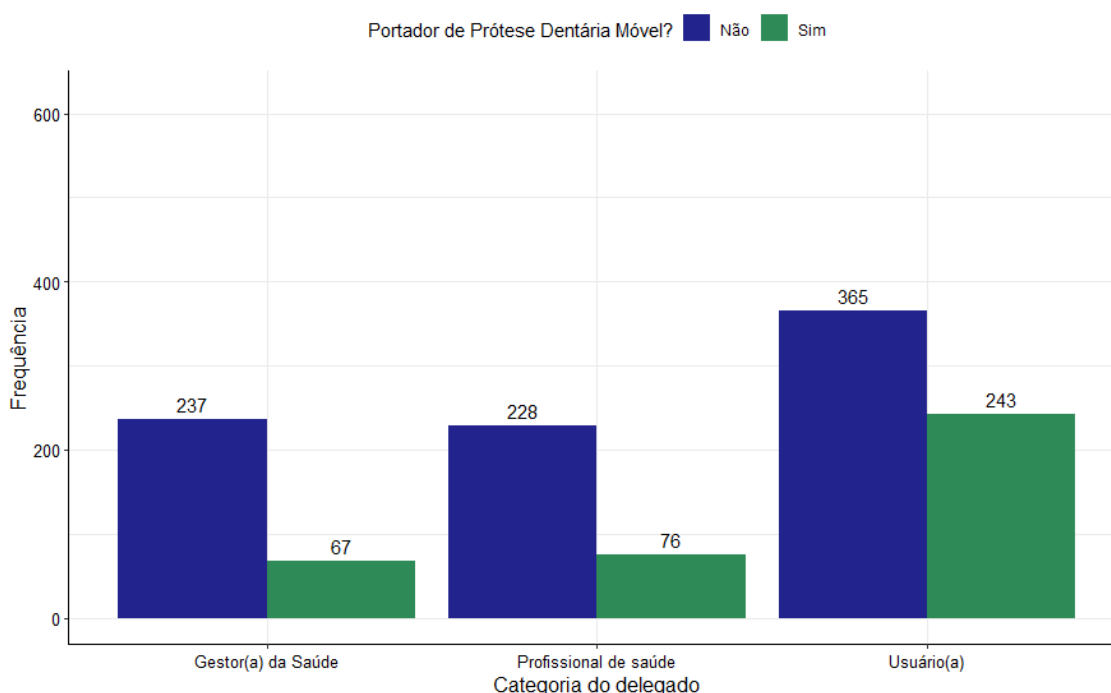


Figura 31 - Distribuição do uso de prótese dentária móvel por Categoria do Delegado

Tabela 31 - Distribuição do uso de prótese dentária móvel por Categoria do Delegado

Categoria do Delegado	Portador Prótese Dentária Móvel (Prótese total ou parcial)	
	Sim	Não
Gestor(a) da Saúde	67	237
Profissional de saúde	76	228
Usuário(a)	243	365
Total	386	830

Dentre os gestores da saúde, 67 (22,0%) utilizam algum tipo de prótese dentária móvel, seja prótese total ou parcial, enquanto a maioria, 237 (78,0%), não faz uso. Entre os profissionais de saúde, 76 (25,0%) indivíduos relataram o uso de prótese dentária móvel, enquanto 228 (75,0%) não utilizam. Já entre os usuários, observa-se a maior proporção de uso, 243 indivíduos (cerca de 40,0%) utilizam prótese dentária móvel, enquanto 365 (60,0%) não utilizam.

Quadro 4 - Resultado do teste qui-quadrado entre a categoria do(a) delegado(a) e a variável que indica uso de prótese dentária móvel.

Estatística do teste	Valor
Qui-quadrado	38,57
Graus de liberdade	2
Valor-p	< 2,2e-16

O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para avaliar a independência entre a categoria do delegado(a) e o Uso de prótese dentária móvel. O valor calculado do qui-quadrado foi 39,23 com 2 graus de liberdade e um valor-p inferior a < 2,2e-16, menor que o nível de significância de 0,05. Este resultado indica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sugerindo que o Uso de prótese dentária móvel varia significativamente de acordo com a categoria do delegado(a).

Além disso, foi calculado o V de Cramer, que resultou em 0,18, indicando uma associação fraca entre a categoria do(a) delegado(a) e o Uso de Prótese Dentária Móvel. O valor de 0,18 sugere que, embora exista uma associação significativa, a relação entre as variáveis é fraca.

5.17 CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI 8131/2017 QUE INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) X GRAU DE RELEVÂNCIA ATRIBUÍDO AOS TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL NA CNS

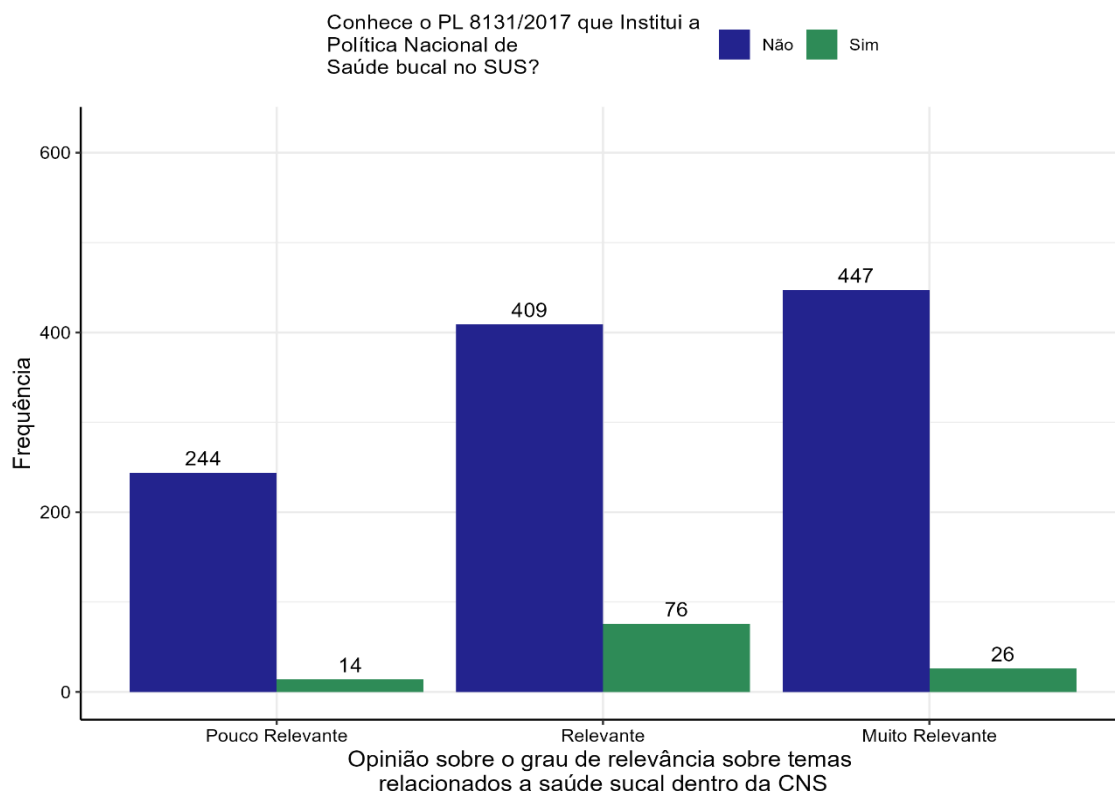


Figura 32 - Distribuição do grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS segundo conhecimento sobre o PL 8131/2017 que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS

Entre os respondentes que não conhecem o Projeto de Lei 8131/2017, a distribuição da relevância atribuída aos temas de saúde bucal é a seguinte: 244 (32,3%) consideram esses temas como pouco relevantes, 409 (54,7%) os veem como relevantes e 447 (59,4%) os avaliam como muito relevantes. Esta distribuição indica que, apesar de uma significativa proporção de respondentes que não conhecem a lei considerarem os temas como muito relevantes, há uma diversidade de opiniões quanto à importância atribuída a esses temas.

Para os respondentes que conhecem o Projeto de Lei 8131/2017, a percepção é mais restrita: 14 (3,8%) acham que os temas são pouco relevantes, 76 (20,3%) os consideram relevantes e 26 (6,9%) os veem como muito relevantes. A menor proporção de respondentes que conhecem a lei considera os temas como pouco ou muito relevantes, sugerindo que o conhecimento da legislação não está fortemente correlacionado com uma percepção mais intensa da importância dos temas de saúde

bucal na CNS.

Portanto, dados indicam que o conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 não necessariamente se traduz em uma maior percepção de relevância dos temas de saúde bucal. Aqueles que não conhecem a lei tendem a atribuir uma maior relevância aos temas, enquanto os conhecedores da lei distribuem suas opiniões de forma mais variada e menos intensa. Isso pode sugerir que o conhecimento da legislação não impacta significativamente a percepção da importância dos temas discutidos na CNS.

Quadro 4 - Resultado do teste qui-quadrado entre o Conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS

Estatística do teste	Valor
Qui-quadrado	35.14
Graus de liberdade	2
Valor-p	< 2.342e-08

O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para avaliar a independência entre o Conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS. O valor calculado do qui-quadrado foi 35.14 com 2 graus de liberdade e um valor-p inferior a $2,2 \times 10^{-16}$, menor que o nível de significância de 0,05. Este resultado indica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sugerindo que Conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) varia significativamente de acordo com a categoria do delegado(a).

Além disso, foi calculado o V de Cramer, que resultou em 0,17, indicando uma associação fraca entre o Conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS. O valor de 0,17 sugere que, embora exista uma associação significativa, a relação entre as variáveis é fraca.

5.18 GRAU DE RELEVÂNCIA ATRIBUÍDO AOS TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL NA CNS X PRESENÇA DE DOR DE DENTE NOS ÚLTIMOS DOZE MESES

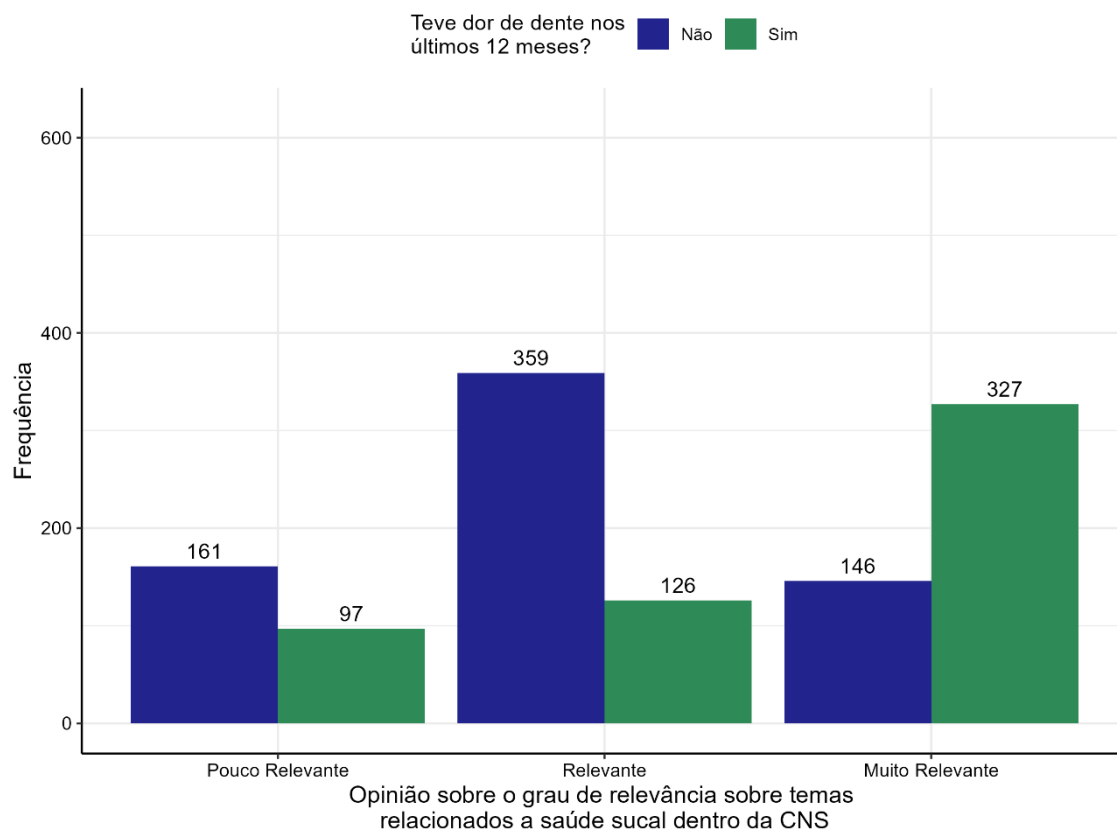


Figura 33 - Distribuição do grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS segundo a ocorrência de dor de dente nos últimos doze meses

Para os respondentes que não experimentaram dor de dente nos últimos doze meses, a percepção da relevância dos temas relacionados à saúde bucal é distribuída da seguinte forma: 161 (31,1%) consideram esses temas como pouco relevantes, 359 (68,0%) os veem como relevantes e 146 (27,7%) os avaliam como muito relevantes. Esta distribuição sugere que, para aqueles sem dor de dente recente, há uma predominância de percepção de relevância média a alta, com uma menor proporção considerando os temas como pouco relevantes.

Por outro lado, entre os respondentes que experimentaram dor de dente nos últimos doze meses, a percepção de relevância dos temas é diferente: 97 (25,5%) consideram os temas como pouco relevantes, 126 (33,5%) os veem como relevantes e 327 (41,0%) os avaliam como muito relevantes. A presença de dor de dente está associada a uma maior proporção de pessoas que consideram os temas como muito relevantes, em comparação com aqueles que não experienciaram dor.

Em resumo, a experiência recente de dor de dente está correlacionada com uma percepção mais intensa da relevância dos temas relacionados à saúde bucal. Respondentes que sofreram com dor dental tendem a valorizar mais esses temas em comparação com aqueles que não tiveram esse problema.

Quadro 5 - Resultado do teste qui-quadrado entre o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS e a Presença de dor de dente nos últimos doze meses

Estatística do teste	Valor
Qui-quadrado	187.72
Graus de liberdade	2
Valor-p	< 2.2e-16

O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para avaliar a independência entre o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS e a Presença de dor de dente nos últimos doze meses. O valor calculado do qui-quadrado foi 187.72 com 2 graus de liberdade e um valor-p inferior a 2,2e-16, menor que o nível de significância de 0,05. Este resultado indica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sugerindo que Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS varia significativamente de acordo com a Presença de dor de dente nos últimos doze meses.

Além disso, foi calculado o V de Cramer, que resultou em 0,39, indicando uma associação moderada entre a Presença de dor de dente nos últimos doze meses e o Grau de relevância atribuído aos temas relacionados à saúde bucal na CNS. O valor de 0,39 sugere que, embora exista uma associação significativa, a relação entre as variáveis é moderada.

INFERE-SE QUANTO AOS RESULTADOS OBTIDOS

- Na 16ª Conferência Nacional de Saúde, 50% dos delegados são usuários(as) dos serviços de saúde, e os outros 50% estão divididos igualmente entre gestores(as) e profissionais de saúde, com 25% para cada grupo.
- A média de entrevistados é de 45 delegados por estado. Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro têm o maior número de delegados que responderam ao

questionário, enquanto Tocantins, Roraima e Rondônia têm os menores. A distribuição reflete o tamanho e a importância de cada estado.

- A maioria dos delegados são do gênero feminino (54%), seguido por masculino (38,4%). Delegados transgêneros representam 2,8%, enquanto não-binários são 0,4%. A representação feminina é predominante, com uma presença masculina significativa e uma menor presença de categorias transgênero e não-binário.
- A faixa etária de 30-40 anos é a mais representada (50%), seguida por 18-30 anos (26,5%). As faixas de 40-50 anos e 50-60 anos têm menor representação (11,2% e 9,3%, respectivamente). A faixa acima de 60 anos é a menos representada (3%). Predomina a faixa etária de 30 a 40 anos, com menor participação das faixas etárias mais jovens e mais velhas.
- A maioria dos delegados tem Ensino Superior Completo (63,8%). Ensino Médio Completo vem a seguir (25,9%). Mestrado é menos comum (7,7%), e Doutorado e Pós-Doutorado têm representações muito pequenas (2,7% e 0,3%, respectivamente). As categorias de Ensino Fundamental e Superior Incompleto são raras (0,5%, 1,4% e 0,2%). A maioria dos delegados possui alta qualificação educacional.
- Entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde com Ensino Superior, a grande maioria, 866 (97,9%) não cursou odontologia, enquanto apenas 19 (2,1%) possuem formação na área.
- A maioria dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 997 (82%), declarou não conhecer a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Em contraste, 219 delegados (18%) afirmaram ter conhecimento sobre a política.
- 828 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, ou 68%, já utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento odontológico. Em contraste, 388 delegados (32%) declararam não utilizar o SUS para serviços odontológicos.
- Entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que não utilizam o SUS, 218 (55%) recorrem a consultórios ou clínicas privadas, o local mais utilizado. Em segundo lugar, 139 delegados (35%) utilizam planos de saúde

odontológicos. O atendimento pelo sindicato da categoria é a opção menos frequente, escolhida por apenas 31 delegados (8%).

- Entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde que utilizam o SUS para atendimento odontológico, a maioria recorre a UBS, postos de saúde ou centros de saúde, com 556 (54%) escolhendo essas opções. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é utilizado por 122 delegados (12%). A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e os Hospitais Municipais/Estaduais/Federais/Universitários são utilizados por 75 delegados cada, representando 7% do total.
- Entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 550 (45,2%) relataram ter sentido dor de dente nos últimos 12 meses. Em contraste, 666 delegados (54,8%) não experienciaram dor de dente recentemente, representando a maioria dos participantes.
- Entre os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 386 participantes (31,7%) utilizam prótese dentária móvel. Em contraste, 830 delegados (68,3%) não fazem uso de prótese dentária móvel.
- Apenas 116 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde (9,54%) afirmaram conhecer o PL 8.131/2017, indicando uma baixa familiaridade com o projeto. Em contraste, 1.100 delegados (90,5%) não têm conhecimento do PL, sugerindo que a maioria dos participantes não está informada sobre o projeto, o que pode refletir uma lacuna na disseminação de informações ou na relevância percebida do tema.
- Apenas 121 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde (9,95%) conhecem a Lei 14.572/23, que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal ao SUS, indicando um nível relativamente baixo de familiaridade com a legislação. Em contraste, 1.095 delegados (90,0%) não têm conhecimento da lei, sugerindo uma lacuna significativa na disseminação de informações sobre a inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS.
- Dentre os 121 delegados que afirmaram conhecer a Lei 15.752/23, 70 (57,9%) são profissionais de saúde, 39 (32,2%) são gestores(as) da saúde e apenas 12 (9,9%) são usuários(as) do SUS.
- Houve participação de representantes de 16 estados brasileiros entre os indivíduos que afirmaram conhecer a Lei 15.752/23, com destaque para o Acre

(26 delegados), Distrito Federal (12) e Sergipe (12), que juntos somam mais de 40% dos conhecedores da lei. Em contrapartida, estados como Piauí (1 delegado) e São Paulo (2 delegados) apresentaram baixíssima representação. Além disso, em 11 estados, incluindo Amazonas, São Paulo e Rio de Janeiro, nenhum delegado declarou conhecimento da legislação, apesar de contarem com elevado número total de participantes.

- Dos delegados em questão, conhecedores da Lei 14.572/23, 99 deles (81,8%) identificaram corretamente que o objetivo da legislação é garantir o acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos no SUS, enquanto 22 (18,2%) indicaram erroneamente o objetivo da legislação.
- Dos 121 delegados que afirmaram conhecer a lei que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal ao SUS, 102 (84,3%) identificaram corretamente os serviços previstos na política, enquanto 19 (15,7%) demonstraram entendimento equivocado.
- 113 delegados (93,4%) compreenderam corretamente que a legislação que incorpora a Política Nacional de Saúde Bucal ao SUS fortalece os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) ao destinar recursos para ampliar procedimentos especializados, enquanto apenas 8 delegados (6,6%) apresentaram interpretações equivocadas.
- 107 (88,4%) dos 121 delegados que afirmaram conhecer a lei, reconheceram corretamente que a legislação promove a equidade ao ampliar a cobertura dos serviços odontológicos em áreas vulneráveis, enquanto 14 delegados (11,6%) apresentaram interpretações equivocadas sobre esse princípio.
- Dos 121 delegados que afirmaram conhecer a Lei nº 14.572/2023, quase todos, 99,2% deles compreenderam corretamente que a legislação garante a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS, assegurando financiamento e continuidade das ações, enquanto apenas 1 delegado (0,8%) demonstrou entendimento incorreto sobre seu impacto.
- Dentre os princípios que devem nortear a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS segundo a Lei 14.572/23, mais de 95% dos delegados consideraram como correta a opção “Universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços odontológicos”.

- Com relação a distribuição das respostas sobre o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Bucal no SUS, todos os deputados em questão selecionaram a opção “Ampliando o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, garantindo atendimento mais próximo da comunidade.”
- Sobre o assunto de redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, 118 (97,52%) dos delegados escolheram a opção "Implementando políticas públicas que ampliam a oferta de serviços odontológicos em áreas de maior vulnerabilidade social.", que define como a legislação reduz a desigualdades no acesso aos serviços odontológicos.
- Foi questionado aos deputados sobre a compreensão dos serviços odontológicos que devem ser oferecidos conforme estabelecido na nova legislação, e 114 (94,21%) delegados acertaram quais são os serviços devem ser oferecidos no âmbito da lei (“Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, abrangendo desde procedimentos básicos até especializados.”).
- Ao abordar os deputados sobre as expectativas em relação à inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como uma política de estado, 76 (62,81%) delegados, a maioria, reconhece o valor da institucionalização da PNSB como política de Estado.
- Dos 473 delegados, 34,6% consideram os temas relacionados à Saúde Bucal como muito relevantes, enquanto 35,8% os classificam como relevantes. No entanto, 19,3% veem esses temas como pouco relevantes. A maioria atribui alta relevância aos temas, mas há uma parcela significativa que os considera de menor prioridade, indicando uma diversidade de opiniões dentro da CNS.
- A maioria dos delegados, independentemente da categoria (gestores(as), profissionais de saúde e usuários(as)), não conhece a política. Entre os gestores(as), 66,7% não conhecem a política, enquanto entre os profissionais de saúde, 75,5% e entre os usuários(as), 92,8%. O teste qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 106,04$, valor-p < 2,2e-16) entre a categoria do delegado e o conhecimento sobre a política, indicando que a probabilidade de conhecer a política varia conforme a categoria. Contudo, o V de Cramer de 0,30 indica que essa associação é fraca.
- O conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 é limitado entre todas as categorias de delegados, com uma tendência geral de desconhecimento,

especialmente entre os usuários(as). Entre os gestores(as), 87,1% não conhecem o projeto, e entre os profissionais de saúde, 77,0%. Os usuários(as) apresentam a maior taxa de desconhecimento, com 98,2%. O teste qui-quadrado mostrou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 117,46$, valor- $p < 2,2e-16$) entre a categoria do delegado e o conhecimento sobre o projeto, indicando que a probabilidade de conhecer o projeto varia conforme a categoria. Contudo, o V de Cramer de 0,31 sugere uma associação fraca entre as variáveis.

- A percepção sobre a relevância dos temas de saúde bucal varia entre as categorias de delegados. Gestores(as) da saúde e profissionais de saúde predominantemente veem os temas como relevantes, mas com opiniões divergentes sobre a importância, enquanto usuários(as) demonstram uma percepção muito alta da relevância, com 47,5% considerando os temas como muito relevantes. O teste qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 382,33$, valor- $p < 2,2e-16$) entre a categoria do delegado e a relevância atribuída aos temas, indicando uma associação moderada (V de Cramer = 0,40).
- Para os respondentes que não conhecem o Projeto de Lei 8131/2017, a maioria considera os temas de saúde bucal como muito relevantes, com uma diversidade de opiniões sobre a importância. Em contraste, para os que conhecem o projeto, a percepção de relevância é mais restrita e variada. O teste qui-quadrado mostrou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 35,14$, valor- $p < 2,342e-08$) entre o conhecimento do projeto e a relevância atribuída aos temas, mas o V de Cramer de 0,17 indica uma associação fraca, sugerindo que o conhecimento da lei não impacta fortemente a percepção da importância dos temas de saúde bucal.
- Respondentes que experimentaram dor de dente nos últimos doze meses tendem a considerar os temas de saúde bucal como mais relevantes, com uma maior proporção avaliando-os como muito relevantes, em comparação com aqueles que não sofreram dor dental. O teste qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 187,72$, valor- $p < 2,2e-16$) entre a presença de dor de dente e a percepção de relevância dos temas, com um V de Cramer de 0,39 indicando uma associação moderada.

- Observou-se uma diferença significativa na distribuição do uso de prótese dentária móvel entre as categorias de delegado (gestor(a), profissional de saúde e usuário(a)). O teste do qui-quadrado indicou associação estatisticamente significativa entre a categoria do delegado e o uso de prótese dentária móvel ($X^2 = 38,57$; $p < 0,001$), evidenciando que o uso varia de forma relevante entre os diferentes grupos.

6 DISCUSSÃO

A discussão da pesquisa é demonstrada a partir das análises das respostas dos delegados participantes, a mesma foi ancorada em dados da literatura científica presente nas bases dados (PubMed/PMC, SciELO, LILACS/BVS, Portal de Periódicos CAPES e DATASUS), correlacionando a tópicos (N=1.216 delegados da 16ª CNS) explicitados como resultado do estudo.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde, defende que os recursos humanos em saúde devem ser treinados para compreender os determinantes sociais da saúde, ter em mente que o próprio sistema é um determinante social e reconhecer a importância do acesso universal à saúde para todos. Assim, os profissionais e futuros profissionais da odontologia devem ter o conhecimento desse acesso universal e assim reduzir as desigualdades em saúde, uma vez que os futuros cuidados de saúde necessitam de estratégias para reduzir o número de doenças e garantir que haja Cirurgiões-dentistas nas regiões mais remotas, por exemplo. Dessa forma, é evidente a necessidade de planejamento contínuo na formação odontológica para o SUS, com dados e informações que estimulem um debate com base em evidências e com isso a Odontologia deve ter também um papel majoritário nas Conferências Nacionais de Saúde [55,56].

A composição por categoria, com 50% de usuários, 25% de profissionais e 25% de gestores, atende ao critério legal de paridade das Conferências, garantindo que a voz dos usuários seja majoritária para Dias e Campos, 2019 [57]. Contudo, a análise demográfica mostra que o grupo é majoritariamente feminino (57,24% - 696 delegadas), o que se alinha com a crescente feminização do setor saúde no Brasil segundo Souza et al., 2021 [58]. A predominância da faixa etária de 30-40 anos (50,08% - 609 delegados), seguida pela de 18-30 anos (26,48% - 322 delegados), indica uma concentração de participação em idades produtivas e de menor risco de edentulismo e uso de próteses, o que pode influenciar as prioridades levantadas (Aguiar et al., 2024) [59]. Para Sousa et al., 2023 a baixa representatividade de indivíduos acima de 60 anos (2,96% - 36 delegados) é preocupante, pois esta é a parcela da

população com maior demanda por reabilitação protética e atenção terciária, um público-alvo central para as políticas de saúde bucal. [60]

A alta qualificação dos delegados é notável, com 62,34% (758) possuindo Ensino Superior Completo, o que sugere que a participação nas instâncias de controle social (CNS) atrai indivíduos com maior capital educacional, um achado comum em estudos sobre engajamento cívico (Barbosa et al., 2020). [61] No entanto, apenas 2,15% (19) dos delegados com Ensino Superior Completo são graduados em Odontologia, indicando que a pauta da saúde bucal é defendida por alguns poucos profissionais, não se limitando à corporação odontológica (odontologia meramente empresarial). A utilização prévia do SUS para atendimento odontológico por 68,09% (828) dos delegados confere legitimidade às suas discussões, pois a maioria possui experiência direta com o serviço público. Por outro lado, o uso predominante de consultórios/clínicas privadas (56,19% - 218) e planos de saúde odontológicos (35,82% - 139) entre os que não usam o SUS sinaliza a coexistência de diferentes realidades de acesso e a persistente dualidade do sistema de saúde (Mendes et al., 2022). [62]

Quase metade dos delegados (45,23% - 550) relatou ter sentido dor de dente nos últimos 12 meses. Além disso, 31,74% (386) são portadores de prótese dentária móvel (total ou parcial). A alta prevalência de dor e uso de próteses em uma amostra de delegados presumivelmente mais informada e com maior acesso à saúde sublinha a persistente carga de morbidade bucal na população brasileira, reforçando a necessidade de políticas como a do Brasil Sorridente [60]. A correlação entre a experiência de dor de dente e o grau de relevância atribuído aos temas de saúde bucal é robusta: aqueles que sentiram dor tendem a classificar o tema como "Muito Relevante" em maior proporção do que aqueles sem dor (327 vs. 146). O teste qui-quadrado confirma esta associação moderada, demonstrando que a experiência pessoal de sofrimento mobiliza a pauta no controle social (Santos et al., 2021). [63]

A lacuna de conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente é preocupante: 81,99% (997) dos delegados declararam não conhecê-la. O desconhecimento é maior entre os usuários (92,8% - 565), mas é também expressivo entre profissionais (75,5% - 229) e gestores (66,7% - 203),

indicando uma falha na disseminação e educação permanente sobre uma das políticas mais importantes do SUS (Brasil, 2025; Souza et al., 2024). [64, 65] O teste qui-quadrado aponta para uma associação fraca, mas estatisticamente significativa, entre a categoria do delegado e o conhecimento da política, confirmando que gestores são comparativamente mais informados (33,3% conhecem) do que usuários (7,2% conhecem).

O baixo conhecimento sobre a Lei nº 14.572/2023, que institucionaliza a PNSB no SUS (90,05% de desconhecimento), e o Projeto de Lei 8.131/2017 (90,46% de desconhecimento) reforçam a dificuldade do sistema de controle social em absorver informações legislativas recentes. A institucionalização legal da saúde bucal é fundamental para a sustentabilidade e financiamento das ações, tornando a Lei nº 14.572/2023 um marco histórico para o SUS (Brasil, 2025).[64] O conhecimento da lei é significativamente concentrado em profissionais (57,9%) e gestores (32,2%), o que sugere que a informação circula principalmente nos canais formais da gestão e da academia, ignorando a esfera de usuários (9,9% de conhecimento) (Santos et al., 2022). [66]

Apesar do desconhecimento geral da Lei nº 14.572/2023, os 121 delegados que afirmaram conhecê-la demonstraram alta precisão sobre seus princípios: 95,87% identificaram corretamente a universalidade, integralidade e equidade como princípios norteadores. Ademais, 88,43% reconheceram o foco em áreas de maior vulnerabilidade social como forma de promover a equidade. Tal percepção indica que, quando o conhecimento existe, ele está bem alinhado com a finalidade pública da lei: garantir o acesso integral (atenção primária, secundária e terciária) e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da ampliação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (100% de acerto). A correta identificação desses pilares sugere que, para um grupo seletivo de delegados engajados, a mensagem central da PNSB está clara: a saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo (Brasil, 2025). [64]

A principal expectativa sobre a Lei nº 14.572/2023 é a garantia da continuidade e do financiamento dos serviços, independentemente de mudanças governamentais (62,81% - 76 delegados). Este resultado reflete a

preocupação histórica com a descontinuidade das políticas públicas e a instabilidade de financiamento do SUS segundo Santos et al., 2025. [67] O alto índice de acerto sobre o fortalecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela destinação de recursos para procedimentos especializados (93,39% - 113 delegados) reforça a compreensão de que a institucionalização garante a ampliação da oferta de serviços em todos os níveis de complexidade [64]. A quase unanimidade (99,17% - 120 delegados) em ver a lei como garantidora da institucionalização e continuidade das ações no SUS demonstra o reconhecimento do valor da legislação como barreira contra o desmonte das políticas sociais segundo Santos e Paixão, 2024. [68]

O grau de relevância atribuído aos temas de saúde bucal é significativamente mais alto entre os usuários em comparação com gestores e profissionais de saúde. A associação estatisticamente significativa revela uma discrepância notável: enquanto os usuários, por sua experiência com a morbidade (dor de dente e uso de prótese), considerem o tema como de máxima prioridade, uma parcela considerável dos profissionais (124) e gestores (61) o veem como "Pouco Relevante". A divergência apontada sugere que a pauta da saúde bucal, embora central para a população, ainda não está plenamente integrada como prioridade operacional por parte dos atores técnicos, destacando a necessidade de maior sensibilização e educação sobre a integralidade da saúde. [69]

7 CONCLUSÕES

Esse estudo indicou uma compreensão conceitual robusta entre os que conhecem a lei, especialmente quanto aos princípios da universalidade, integralidade e equidade reconhecidos por 95,9% dos respondentes informados. Esse dado aponta para o potencial da legislação em consolidar a Política Nacional de Saúde Bucal como política de Estado, assegurando continuidade e financiamento das ações no SUS. Entretanto, a baixa penetração desse conhecimento entre a base social e os usuários revela um desafio científico e político: transformar o marco normativo em prática social efetiva, promovendo a redução das desigualdades regionais e sociais no acesso à saúde bucal e fortalecendo a participação cidadã nas políticas públicas. Embora os delegados da 16ª CNS representem democraticamente a sociedade, o conhecimento sobre as políticas de saúde bucal (Lei 14.572/2023) é incipiente e insuficiente, especialmente entre os usuários. A percepção da relevância do tema é dramaticamente influenciada pela experiência pessoal e uso de próteses. A alta precisão conceitual do pequeno grupo que conhece a lei sugere um potencial de multiplicação da informação, que deve ser priorizado para garantir que os princípios de universalidade, integralidade e equidade da PNSB sejam efetivamente incorporados ao controle social e à gestão do SUS.

Em conformidade com os objetivos desse estudo foi possível inferir que:

- ✓ O processo de validação do Instrumento de Coleta aplicado com os Delegados da 16ª CNS foi realizado com sucesso.
- ✓ Avaliação do nível de conhecimento dos Delegados sobre a Política Nacional de SaúdeBucal – Brasil Sorridente foi concretizada.
- ✓ Foi possível testar a metodologia com a finalidade de analisar as diferentes respostas dos delegados, quanto às Políticas Públicas em Saúde Bucal.

Por meio do estudo também foi possível demonstrar que os dados evidenciam um achado preocupante: apenas uma parcela reduzida dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde demonstrou conhecimento sobre a Lei nº 14.572, de 24 de abril de 2023, a PNSB no âmbito do SUS. Este

resultado revela um déficit expressivo de informação e sensibilização entre os representantes dos diversos segmentos sociais que compõem o processo deliberativo do controle social em saúde. Tal lacuna é particularmente relevante considerando que a PNSB representa um dos principais marcos legais e políticos da consolidação do direito à saúde bucal como componente indissociável da saúde integral no Brasil.

Do ponto de vista científico e sanitário, o desconhecimento dessa política pública implica fragilidade na articulação entre gestão, prática profissional e participação social, o que compromete a efetividade das ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal. Nesse sentido, as discussões sobre saúde bucal nas Conferências Nacionais de Saúde assumem papel estratégico e inadiável, pois constituem espaços legítimos de deliberação e formulação de diretrizes para o aprimoramento das políticas públicas. Tais debates favorecem a atualização técnica dos participantes, a disseminação do conhecimento científico e o fortalecimento da compreensão da saúde bucal como determinante social da saúde geral, influenciada por fatores econômicos, culturais e ambientais. Ampliar a visibilidade da PNSB nesses fóruns é, portanto, fundamental para garantir efetividade da lei, promover o controle social informado e reduzir as desigualdades regionais e sociais que historicamente limitam o acesso equitativo aos serviços odontológicos.

8 REFERÊNCIAS

1. Ricardi LM, et al. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas. *Saúde Soc.* 2020;29(1):e181084. Disponível em: SciELO.
2. Silva BT, et al. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(1):319-328.
3. Conselho Nacional de Saúde. 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8): Relatório Final. Brasília: CNS/Associação Rede UNIDA; 2019.
4. Conselho Nacional de Saúde. 17ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: CNS; 2025.
5. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Consolidado da 17ª Conferência Nacional de Saúde – Versão preliminar. Brasília: CNS; 2024.
6. dos Santos UR. Conferências Nacionais de Saúde: estudo sobre a aderência de propostas de política de comunicação. RECIIS. 2024.
7. Barros EM. Representação e representatividade nos conselhos de saúde: implicações para a gestão participativa. *Cad Saúde Pública.* 2024;40(12):e00115524.
8. Pires GB, et al. Análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004–2023). *Saúde Debate.*
9. Brasil. Ministério da Saúde 4ª Conferência Nacional de Saúde, *In: Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde.* Brasília: MS, 1967.
10. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas.* Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ; 2011. vol. 001, p. 103-16.
11. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília 19 de set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
12. Paim JS et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva.* 22(6):1805-1816, 2017
13. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em:

02/11/2025

14. Narvai, P.C, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.17-138.
15. Fertoni HP et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015. 20(6):1869-1878.
16. Moysés SJ, Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista ABENO* 2004(1):30-7
17. Pucca Jr AG, Gabriel M, Araújo ME de, Almeida FCSA. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges *Journal of Dental Research* 2015, Vol. 94(10) 1333–1337.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 10 anos de Brasil Sorridente: milhões de sorrisos. *Rev Bras Saude Familia*. 2012;1(1):74-77. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia35_36.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.982, de 30 de dezembro de 2021. Define recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos para municípios que implantaram novas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2021 dez 30 [citado 2025 out 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3982_30_12_2021.html
20. Rede APS. Nota Técnica: Saúde bucal no SUS – reflexões sobre fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (REDE APS); 2021 [citado 2025 out 27]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_SaudeBucal-1.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente investe R\$ 154,8 milhões em equipes de saúde bucal no país em maio de 2024 – 84% a mais do que em dezembro de 2022. Agência Gov [Internet]. Brasília (DF); 2024 jul [citado 2025 out 27]. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202407/brasil-sorridente-investe-r-154-8-milhoes-em-equipes-de-saude-bucal-no-pais-em-maio-de-2024-84-a-mais-do-que-em-dezembro-de-2022>
22. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Política Nacional de Saúde Bucal completa

- 20 anos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) [Internet]. Rio de Janeiro; 2022 nov [citado 2025 out 27]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-saude-bucal-completa-20-anos>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023. Institui o pagamento por desempenho para a Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, vinculando as equipes de saúde bucal (eSB) à Estratégia Saúde da Família (ESF). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2023 jul 17 [citado 2025 out 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.htm
24. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2023 mai 8 [citado 2025 out 27]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.636, de 28 de junho de 2024. Institui incentivo financeiro de custeio para ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2024 jun 28 [citado 2025 out 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4636_01_07_2024.htm
26. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente garante atenção à saúde bucal gratuita no país com investimento de R\$ 4,3 bilhões e ampliação de equipes. Agência Gov [Internet]. Brasília (DF); 2024 out [citado 2025 out 27]. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202410/na-rotina-de-fernanda-um-recorte-da-dimensao-do-brasil-sorridente>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Governo Federal entrega 400 unidades odontológicas móveis para levar atendimento a 1,4 milhão de pessoas. Portal Gov.br [Internet]. Brasília (DF); 2025 ago [citado 2025 out 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/governo-federal-entrega-400-unidades-odontologicas-moveis-para-levar-atendimento-a-1-4-milhao-de-pessoas>

28. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei nº 14.572/23. 1ª edição atualizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 out 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_1_edatualimp.pdf
29. Brasil. Portaria Nº 3.012, de dezembro de 2012; redefine a composição das equipes de saúde bucal da estratégia da saúde da família constante na Política Nacional de Atenção Básica.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA Nº 1.570, DE 29 DE JULHO DE 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.
32. Rios LRF, Colussi CF. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014. Epidemiol. Serv. Saúde vol.28 n.1 Brasília 2019 Epub Apr 08, 2019.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.
34. Brasil. Ministério da saúde (MS). PORTARIA Nº - 2.375, DE 7 DE OUTUBRO DE 2009. Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária.
35. Paula AD. Estatísticas da Odontologia: Brasil tem 149,3 mil cirurgiões-dentistas especialistas. Brasília (DF): Conselho Federal de Odontologia; 2025 Jun 30

[citado 2025 Nov 02]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas-da-odontologia-brasil-tem-1493-mil-cirurgioes-dentistas-especialistas/>

36. Ricardi LM, Souza ML, Paiva FS. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo democrático de construção de políticas públicas. *Saúde Debate*. 2017;41(n.spe):115–28. SciELO
37. Silva BT. 15ª Conferência Nacional de Saúde: notas históricas e institucionais. *Saúde Soc*. 2019;28(4):253–64. SciELO
38. Stedile NLR, Rosa RS, Cortes SV. Contribuições das conferências nacionais de saúde na formulação de políticas ambientais e de informação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):2957–71. SciELO Saúde Pública
39. Silva BT, Pinheiro R, Ferla AA. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):319–28. SciELO Saúde Pública
40. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(10):2047–58. SciELO Saúde Pública
41. Conselho Nacional de Saúde. 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8): Relatório Final. Brasília: CNS/Associação Rede UNIDA; 2019. Editora Rede Unida+2Serviços e Informações do Brasil+2
42. Conselho Nacional de Saúde. 17ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: CNS; 2025. Serviços e Informações do Brasil+1
43. Santos UR. Conferências Nacionais de Saúde: estudo sobre aderência de propostas de política de comunicação aos princípios de comunicação pública. *RECIIS*. 2024;18(1):1–16. Reciis
44. Gomes JFF, Harter J, Santos EMA. Desafios para a efetiva participação popular e controle social no SUS. *Saúde Debate*. 2021;45(130):1127–40.
45. Soares CLM, Paim JS, Chaves SCL, Rossi TRA. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1805–1816.
46. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília (DF): MS; 1986.
47. Conselho Nacional de Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília (DF): CNS; 1993.
48. Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal:

- relatório final. Brasília (DF): MS; 2004.
49. Antunes JLF, Peres MA. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):360–365.
50. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – relatório final. Brasília (DF): MS; 2024.
51. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFS, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades de renda em saúde bucal e no uso de serviços odontológicos no Brasil: PNS 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 2):E190015. SUPL.2.
52. Fagundes MLB, et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: PNS 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(Suppl 2):e210004.
53. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios na saúde bucal após uma década de Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:32.
54. Rossi TRA, Prado RR. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil. Rio de Janeiro: SciELO Livros; 2018.
55. BRASIL. Ministério da Saúde 4ª Conferência Nacional de Saúde, In: Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1967.
56. Rao M, Rao KD, Kumar AS, Chatterjee M, Sundararaman T. Human resources For health in India. *Lancet*. 2011;377(9765):587-98.
57. Dias C, Campos M. A paridade nas Conferências de Saúde: reflexões sobre a legitimidade da representação na 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2019;53(4):e20190033.
58. Souza J, Melo R, Viana A. A feminização do trabalho na saúde e sua influência na representação das Conferências Nacionais de Saúde. *Saúde em Debate*. 2021;45(1):e20200089.
59. Aguiar A, Reis E, Almeida S, Viana G. Perfil sociodemográfico de delegados em Conferências de Saúde: análise de equidade de representação no Brasil (2019–2025). *Cadernos de Saúde Pública*. 2024;37(2):e20230045.
60. Sousa M, Silva H, Reis L. Uso e necessidade de próteses dentárias em idosos brasileiros: análise das desigualdades sociais e regionais. *Revista de Saúde Coletiva*. 2023;33(2):e20220056.
61. Barbosa S, Silva R, Diniz F. Capital social e participação em espaços de

- controle social: uma análise nas Conferências Municipais de Saúde. Saúde e Sociedade. 2020;29(4):e180907.
62. Mendes T, Lira P, Lima J, Oliveira B. Desafios do acesso e da integralidade do cuidado odontológico no SUS: a visão dos usuários e profissionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27(12):e213322
63. Santos P, Moura M, Lima T. A experiência da dor de dente como fator mobilizador da participação social em saúde. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2021;21(3):e0031121.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: Ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23. Brasília: Ministério da Saúde; 2025
65. Souza S, Alves M, Lacerda J. Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Bucal entre profissionais de saúde no Brasil: um inquérito em cinco regiões. Brazilian Journal of Oral Sciences. 2024;23(4):e240034.
66. Santos R, Silva J, Melo C. Conhecimento e implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente: um estudo com profissionais e gestores. Cadernos de Saúde Pública. 2022;38(9):e21017522.
67. Santos L et al. Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: transformações e recuos no período 2019 a 2022. Ciência & Saúde Coletiva. 2025
68. Santos E, Paixão A. A institucionalização da saúde bucal no SUS pela Lei nº 14.572/2023: expectativas e desafios para o financiamento e a gestão. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2024;34(1):e2300094
69. Silva ET et al. Disparidades do protagonismo das equipes de saúde bucal no processo de trabalho na APS. Rev Saude Publica. 2024; 58:14

9 PRESS RELEASE

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, analisando o grau de entendimento sobre suas diretrizes, avanços e desafios recentes. A PNSB é uma das políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde, voltada à ampliação do acesso e da integralidade da atenção odontológica, sendo essencial para a promoção da saúde e a redução das desigualdades sociais no âmbito da odontologia em saúde pública.

As conferências nacionais configuram espaços democráticos e decisórios fundamentais, nos quais a discussão sobre saúde bucal deveria ocupar posição central, dado seu impacto direto na qualidade de vida da população. Entretanto, o estudo evidenciou que a temática ainda é frequentemente negligenciada nesses debates, revelando lacunas na formação política e técnica dos delegados quanto ao papel da saúde bucal nas políticas públicas de saúde.

Os resultados apontaram que muitos delegados desconhecem dispositivos legais recentes, como a Lei nº 14.572/2023, que institui a PNSB de forma permanente no âmbito do SUS. Esse desconhecimento compromete a efetividade das deliberações e a integração das ações odontológicas nas estratégias de promoção da saúde coletiva.

Dessa forma, o estudo reforça a necessidade de ampliar o debate sobre saúde bucal nas etapas municipais, estaduais e nacional das conferências, além de promover a formação continuada dos usuários, profissionais de saúde e gestores. O fortalecimento da PNSB depende do envolvimento consciente dos atores sociais e da valorização da saúde bucal como componente indissociável da saúde integral.

10 APÊNDICES

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - PPGODT
Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília-DF | CEP 70910-900

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: *“Avaliação do conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente”*, sob a responsabilidade da pesquisadora Denise Ribeiro Santos. O projeto prevê a aplicação de um questionário de fácil compreensão para identificar o conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde da sobre o programa Brasil Sorridente e o uso que os mesmos fazem do SUS em serviços de Saúde Bucal.

O objetivo desta pesquisa é verificar por meio de um instrumento de coleta de dados (questionário de fácil compreensão) o conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio das respostas de um questionário de fácil compreensão enviado para o seu e-mail que foi previamente colhido através do seu aceite na 16ª Conferência Nacional de Saúde, a ser enviado da Universidade de Brasília (UnB) o questionário conterá algumas perguntas onde o(a) Senhor(a) marcará a resposta na qual se enquadra com um tempo estimado de 5 a 8 minutos ou menos para sua realização.

Rubrica do Participante de Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são que aplicação do questionário pode provocar níveis incomuns de constrangimento, causando experiências negativas. Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário. Constrangimento ao se expor durante as respostas nos quesitos do questionário, para minimizar os riscos a Pesquisadora assegura a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico/financeiro. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para adoção de diferentes práticas de ações de promoção e prevenção, atenção básica, atenção secundária e educação permanente não apenas na Odontologia como também em outras áreas da Saúde e claro ajudar na disseminação da Política Nacional de Saúde Bucal ajudando no acesso ao SUS em serviços de Saúde Bucal no Brasil.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

É importante dizer que o Senhor(a) receberá toda a assistência adequada, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. A assistência imediata é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite. A assistência integral é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília- UnB podendo ser publicados posteriormente em periódicos na forma de artigos científicos. Enviaremos os resultados para o seu e-mail em uma linguagem simples e acessível para que o(a) Senhor(a) possa ter acesso aos resultados e interpretá-los da melhor maneira.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Denise Ribeiro Santos. Telefones para Contato: (61) 3385-3592 ou (61) 98230-1506 e-mail: deniseribeiro.s93@gmail.com ou para o Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior. Telefone para contato: (61) 3107-1802 ou (61) 98103-2489 e-mail: gilberto.puccajr@gmail.com na Universidade de Brasília, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Rubrica do Participante de Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de ____ de ____.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília CAAE: 30539420.0.0000.0030 - Número do Parecer: 4.206.616. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de ____ de ____.

Apêndice 2 – Instrumento de Coleta - Questionário



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - PPGODT
Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília-DF | CEP 70910-900
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
QUESTIONÁRIO I

QUESTIONÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL - BRASIL SORRIDENTE A SER APLICADO COM OS DELEGADOS DA 16ª CNS

Categoria do(a) Delegado(a) da 16ª CNS

- 1.Usuário
- 2.Gestor
3. Profissional de Saúde
4. Outro

Por qual estado você é Delegado(a)?

- 1.Acre
- 2.Alagoas
- 3.Amapá
- 4.Amazonas
- 5.Bahia
- 6.Ceará
- 7.Distrito Federal
- 8.Espírito Santo
- 9.Goiás
- 10.Maranhão
- 11.Mato Grosso
- 12.Mato Grosso Do Sul
- 13.Minas Gerais
- 14.Pará
- 15.Paraíba
- 16.Paraná
- 17.Pernambuco
- 18.Piauí
- 19.Rio Grande Do Norte
- 20.Rio Grande Do Sul
- 21.Rio De Janeiro
- 22.Rondônia
- 23.Roraima
- 24.Santa Catarina
- 25.São Paulo
- 26.Sergipe
- 27.Tocantins

Identidade de Gênero - Como você se identifica?

1. Masculino
2. Feminino
3. Outro

Qual sua idade?

1. 18-30 anos
2. 30-40 anos
3. 40-50 anos
4. 50-60 anos
5. Acima de 60 anos

Qual o seu grau de escolaridade? Considerar sua maior titulação.

1. Ensino Fundamental Completo
2. Ensino Fundamental Incompleto
3. Ensino Médio Completo
4. Ensino Médio Incompleto
5. Ensino Superior Completo
6. Ensino Superior Incompleto
7. Mestrado
8. Doutorado
9. Pós-Doutorado
10. Não alfabetizado

Você conhece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente?

1. Sim
2. Não

Você já utilizou o SUS para atendimento Odontológico?

1. Sim
2. Não

Se não, onde você vai quando necessita de atendimento Odontológico?

1. Consultório/Clínica

Privada

2. Sindicato

3. Convênio

4. Plano de Saúde Odontológico

Se utilizou atendimento Odontológico pelo SUS, onde foi atendido?

1. UBS/Posto de Saúde/Centro de Saúde
 2. Centro de Especialidades Odontológicas- CEO
 3. Unidade de Pronto Atendimento- UPA 24 horas
 4. Hospital
- Municipal/Estadual/Federal/Universitário

Nos últimos doze meses você teve dor de dente?

1. Sim
3. Não
4. Não se aplica
5. Não sabe

Você é portador de Prótese Dentária Móvel (Prótese total ou Prótese Parcial)?

1. Sim
2. Não

Caso tenha curso superior sua Graduação é Odontologia? Caso não tenha curso superior e não seja formado em Odontologia apenas responda “Não”.

1. Sim
2. Não

Tem algum conhecimento sobre o Projeto de Lei 8131/2017 que Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?

1. Sim
2. Não

Você sabe que atualmente a lei 14.572/23, inclui a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS?

1. Sim
2. Não

QUESTIONÁRIO II

Questionário destinado aos que afirmaram conhecer a lei 14.572/23, conforme pactuação em exame de qualificação.

1. Qual o principal objetivo da inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS pela Lei 14.572/23?

- A) Criar um sistema odontológico independente dentro do SUS, focado exclusivamente no atendimento especializado.
 - B) Garantir o acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos no SUS, promovendo a saúde bucal como parte integrante da saúde geral.
 - C) Reduzir os custos do atendimento odontológico privado por meio de subsídios governamentais.
- Resposta esperada: B

2. De acordo com a Lei 14.572/23, quais serviços devem ser assegurados no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal?

- A) Apenas tratamentos básicos, como restaurações e extrações, priorizando ações curativas.

- B) Atenção primária, secundária e terciária em saúde bucal, incluindo prevenção, reabilitação protética e procedimentos especializados.
- C) Atendimento odontológico exclusivo para crianças e idosos, garantindo prioridade a esses grupos.

Resposta esperada: B

3. Como a Lei 14.572/23 fortalece a atuação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no SUS?

- A) Destinando recursos para ampliar a oferta de procedimentos especializados, como endodontia, periodontia e cirurgias orais.
- B) Transferindo a gestão dos CEOs para clínicas privadas, garantindo maior eficiência e qualidade.
- C) Reduzindo a necessidade de atendimento especializado, priorizando apenas ações preventivas nas Unidades Básicas de Saúde.

Resposta esperada: A

4. De que forma a Lei 14.572/23 contribui para a equidade no acesso à saúde bucal no SUS?

- A) Criando cotas de atendimento odontológico para grupos vulneráveis, sem considerar a demanda populacional.
- B) Estabelecendo diretrizes para ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, com foco em áreas de maior vulnerabilidade social.
- C) Priorizando o atendimento em grandes centros urbanos, onde há maior concentração de profissionais de saúde bucal.

Resposta esperada: B

5. Qual o impacto da Lei 14.572/23 na estrutura do SUS em relação à saúde bucal?

- A) Garante a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal, assegurando financiamento e continuidade das ações no SUS.
- B) Substitui o atendimento público odontológico por convênios com clínicas privadas.
- C) Reduz a cobertura de atenção básica odontológica para priorizar tratamentos de alta complexidade.

Resposta esperada: A

6. De acordo com a Lei 14.572/23, quais princípios devem nortear a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS?

- A) Universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços odontológicos.
- B) Atendimento exclusivo para crianças e idosos, priorizando grupos de risco.
- C) Oferta de serviços odontológicos apenas em municípios com mais de 100 mil habitantes.

Resposta esperada: A

7. Como a Lei 14.572/23 fortalece a Atenção Primária à Saúde Bucal no SUS?

- A) Ampliando o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, garantindo atendimento mais próximo da comunidade.
- B) Reduzindo o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e concentrando os atendimentos em hospitais especializados.
- C) Criando um sistema odontológico independente, desvinculado da Atenção Primária à Saúde.

Resposta esperada: A

8. De que forma a Lei 14.572/23 promove a redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos?

- A) Implementando políticas públicas que ampliam a oferta de serviços odontológicos em áreas de maior vulnerabilidade social.
- B) Criando um sistema de atendimento prioritário apenas para trabalhadores formais que contribuem para o SUS.
- C) Limitando o acesso aos serviços odontológicos apenas para pacientes encaminhados por médicos da atenção básica.

Resposta esperada: A

9. Quais serviços odontológicos devem ser oferecidos no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, segundo a Lei 14.572/23?

- A) Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, abrangendo desde procedimentos básicos até especializados.
- B) Apenas extrações dentárias e tratamentos emergenciais, deixando procedimentos preventivos para a rede privada.
- C) Atendimento odontológico exclusivamente infantil, com serviços para adultos restritos às unidades de pronto atendimento (UPAs).

Resposta esperada: A

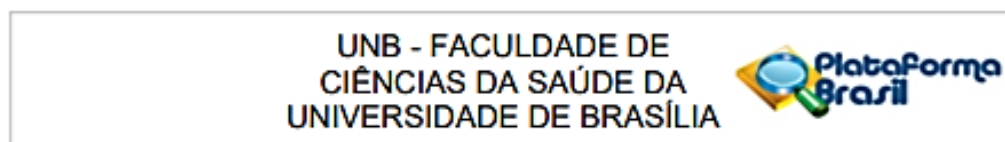
10. Quais são as expectativas em relação à inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como uma Política de Estado por meio da Lei 14.572/23?

- A) Garantia da continuidade e do financiamento dos serviços de saúde bucal no SUS, independentemente de mudanças governamentais, fortalecendo a atenção integral.
- B) Possibilidade de revisão periódica da política, permitindo que cada governo estabeleça novas diretrizes para os serviços odontológicos no SUS.
- C) Flexibilização do papel do Estado na oferta de serviços odontológicos, incentivando parcerias público-privadas para ampliar o atendimento.

Resposta esperada: A

11 ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca do Programa Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente

Pesquisador: DENISE RIBEIRO SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30539420.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.206.616

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo do documento "Projeto_Detalhado_16CNS.doc":

"Essa pesquisa tem como objetivo verificar por meio de um instrumento de coleta de dados o conhecimento dos Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde sobre o Programa Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. A amostra será do tipo paritária, constituída por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e, 25% de gestores/prestadores, pretende-se contatar todos os Delegados participantes da 16ª CNS. O questionário para armazenar o contato com os Delegados foi desenvolvido no "Google forms", os pesquisadores estiveram durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde com o link do questionário de contato. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário auto administrado, aplicável, no período (a definir). O questionário será disponibilizado aos sujeitos da pesquisa por meio de um e-mail que será criado para esse fim, onde terão acesso ao instrumento de coleta, assim como informações acerca dos aspectos gerais da pesquisa e ao TCLE. As análises estatísticas serão realizadas no programa SPSS® versão 18.0 para o Windows utilizando-se da estatística descritiva para a determinação de médias, desvio padrão e frequências. PALAVRAS-CHAVE – Conferência Nacional de Saúde, Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Brasil Sorridente".

Conforme a introdução: "A Conferência Nacional de Saúde é principal espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Com a participação de toda a sociedade civil e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.206.616

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1473186.pdf	20/07/2020 01:12:40		Aceito
Outros	2Carta_Resposta_16CNS.doc	20/07/2020 01:09:32	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_16CNS.doc	20/07/2020 01:06:14	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_16CNS.doc	20/07/2020 01:05:35	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_16CNS.pdf	20/07/2020 01:02:20	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientador_Atualizado.pdf	24/05/2020 17:18:21	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Carta_Resposta_16CNS.doc	24/05/2020 17:17:51	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Anexos3_16CNS.doc	24/05/2020 17:16:32	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Anexos2_16CNS.doc	24/05/2020 17:16:05	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Anexos1_16CNS.doc	24/05/2020 17:15:34	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_16CNS.doc	24/05/2020 17:14:07	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_16CNS.pdf	01/04/2020 21:29:58	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Denise_Ribeiro_Santos.pdf	01/04/2020 21:29:26	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Instituicao_Proponente_Chefe_Departamento_16CNS.pdf	01/04/2020 21:29:02	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Termo_Responsabilidade_16CNS.pdf	01/04/2020 21:28:32	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_pesquisadora.pdf	01/04/2020 21:28:13	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Termo_Responsabilidade_16CNS.doc	01/04/2020 21:26:54	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_16CNS.doc	01/04/2020 21:25:54	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Outros	Instituicao_Proponente_Chefe_Departamento_16CNS.doc	01/04/2020 21:25:34	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento_16CNS.doc	01/04/2020 21:24:34	DENISE RIBEIRO SANTOS	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.206.616

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 11 de Agosto de 2020

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Página 14 de 14