

Saúde bucal no SUS: reflexões sobre as fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal

Sumário executivo

Autores:

Diana Carolina Ruiz, Ana Carolina Oliveira Peres, Daniela Lemos Carcereri

Ainda que seja possível pontuar importantes avanços setoriais ocorridos nas duas últimas décadas, a saúde bucal permanece em um processo de disputa por seu “locus” como Política Pública. Desde o impeachment em 2016 enfrentamos a retomada de uma antiga agenda que não prioriza os direitos e o acesso da população às condições básicas (GARCIA, 2019). Essa agenda favorece a fragmentação do cuidado e da relação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse é o cenário que, sobreposto pela situação sanitária da pandemia de Covid-19 que se estende desde fevereiro de 2020, desafia a saúde e a saúde bucal como direito e dever do Estado.

Breve panorama histórico da implementação da Saúde Bucal no SUS

No Brasil, as necessidades de saúde bucal foram negligenciadas pelas políticas públicas até o início do século XXI. Apenas a partir da década de 2000 a saúde bucal começou a ter maior relevância no nível federal.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004) denominada Brasil Sorridente, contribuiu para o processo de reorganização, ampliação e consolidação da Atenção Primária no SUS, no avanço da cobertura e acesso aos cuidados na área e promoveu a reorientação do modelo assistencial e processo de trabalho em saúde bucal, segundo os princípios da ESF (Barros *et. al*, 2016).

Recentemente, cabe destacar o desprestígio com a área de saúde bucal traduzido nas inúmeras mudanças na coordenação geral de saúde bucal no Ministério da Saúde.

Principais avanços na implementação da atenção à saúde bucal na APS-ESF no Brasil, ameaças e desafios atuais

Processo de trabalho em saúde bucal

O processo de trabalho da ESB na ESF promovido pela PNSB de 2004, tem sofrido importantes ameaças nos últimos anos. A atualização da PNAB em 2017, a publicação da Portaria nº 2.539 que alterou o incentivo financeiro e flexibilizou a carga horária das ESB do padrão de 40 horas para 20 e 30 horas; e a implantação da proposta da “carteira de serviços” da APS são mudanças que incentivam o retorno para o modelo biomédico, com indução de expansão do mercado odontológico privado, colocando em risco o processo de trabalho que vem sendo construído, e o acesso à saúde bucal pública de qualidade, universal e integral.

Com a chegada da pandemia essas pressões para que as ESB retornem ao processo de trabalho focado na demanda espontânea e atendimento de urgências e emergências se fortaleceram e observou-se subaproveitamento do cirurgião-dentista no combate à Covid-19.

Avaliação e monitoramento da saúde bucal

Grande parte dos indicadores usados historicamente em saúde bucal está relacionada unicamente com o componente clínico odontológico associado à cárie dentária e doença periodontal e não são acompanhados por tempo adequado para uma efetiva avaliação da qualidade da atenção.

No entanto, a última mudança proposta em 2019 com o programa Previnde Brasil representa um retrocesso sem precedentes no processo de avaliação da atenção à saúde bucal nos municípios brasileiros. O programa instituiu um novo modelo de financiamento da Atenção Básica, definindo como único indicador para a saúde bucal a “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”. A redução a esse único indicador dificulta o desenvolvimento de um adequado processo de acompanhamento e avaliação da atenção à saúde bucal.

Oferta de atenção à saúde bucal na APS-ESF

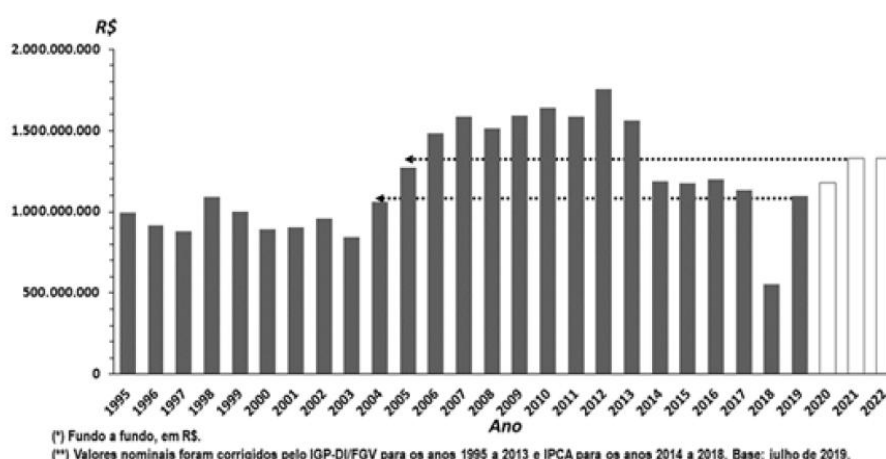
A implementação do Brasil Sorridente implicou uma importante ampliação da oferta de atenção em saúde bucal na atenção primária na proporção de aproximadamente 500% no número de ESB implantadas (4.261 ESB em 2002 a 25.000 ESB em 2017) (LUCENA *et al.* 2020).

Apesar desse aumento da oferta, indicadores como a cobertura da primeira consulta odontológica não têm aumentado como se esperaria. Uma das possíveis explicações reside no fato da priorização de consultas-dia em detrimento das consultas odontológicas programadas, comprometendo assim a operacionalização da ESF.

Financiamento da atenção à saúde bucal na APS-ESF

Em meio ao sub-financiamento crônico do SUS, observa-se que o montante de recursos para a saúde bucal na APS-ESF foi sendo incrementado de 2003 a 2012, em 2013 teve uma queda e a partir de 2014 observa-se a asfixia de recursos para saúde bucal. (ROSSI *et al.*, 2019; NARVAI, 2020)

Figura 1. Transferências federais(*) para investimento e custeio de ações de saúde bucal no SUS(**), no período 1995-2019.



FONTE: (NARVAI, 2020)

Essa problemática pode se tornar ainda mais dramática nos próximos anos devido ao teto de gastos (EC95) e a implementação do Previne Brasil. No novo modelo de financiamento da APS proposto pelo Previne os municípios terão incerteza sobre o repasse que receberão o que pode ameaçar a continuidade da oferta de serviços de APS e de ESB, afetando a garantia do direito à saúde e a universalidade da atenção (NARVAI, 2020).

Rede de atenção em saúde bucal

Ainda que a implantação da PNSB, em 2004, tenha promovido a estruturação da rede de atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004) estudos realizados em Santa Catarina têm apontado que a conformação da rede temática de saúde bucal e sua articulação dentro das redes de atenção à saúde ainda são processos em andamento. Existem dificuldades na articulação entre os diferentes pontos de atenção, ausência de protocolos e indefinição ou pouca clareza dos fluxos de referência e contrarreferência, manutenção do enfoque assistencialista, não realização de levantamentos epidemiológicos periódicos, entre outros (GODOI *et al.*, 2014; 2016; MELLO *et al.* 2014).

Precarização do trabalho em saúde bucal

O SUS tornou-se um grande empregador na área da saúde, porém ao longo do tempo incorporou uma série de dispositivos legais que limitaram os gastos com pessoal, promoveram novas formas na relação “público-privado” e flexibilizaram os vínculos através, sobretudo, da terceirização. Foram experienciadas também a inclusão das instituições não estatais, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), fundações de apoio entre outras na gestão e prestação de serviços no SUS (MOROSINI, CHINELLI, CARNEIRO, 2020).

Diante desse cenário, os profissionais da saúde, em especial os que atuam na APS-ESF, apresentam uma maior vulnerabilidade. Segundo Rosa *et al* (2019) analisando dados do ciclo do PMAQ-AB apenas 44,1% das 17.117 ESB estudadas possuíam cirurgiões-dentistas com vínculo estatutário.

Considerações finais

A análise desenvolvida evidenciou uma ruptura no processo de consolidação do SUS, a partir de 2016, incluindo a PNSB, em 2004. As evidências coletadas demonstram o desmantelamento vivido na atenção à saúde bucal: o desfinanciamento da PNSB; extinção do PMAQ e implantação do Previne Brasil, limitando à saúde bucal um único indicador; a criação da Agência para o desenvolvimento da APS (ADAPS) e a adoção da carteira de serviços como mecanismos que visam instalar o processo de privatização da APS-ESF; a PNAB, 2017 que promoveu a desarticulação das ESB na ESF; a extinção do NASF impedindo o trabalho interprofissional na ESF; a ausência de coordenação nacional da área saúde bucal; a precarização dos contratos de trabalho que levaram à demissão de cirurgiões-dentistas na pandemia; a desarticulação da rede de atenção à saúde bucal com as demais redes temáticas.

O panorama exposto acima demonstra tal qual descrito por Narvai (2020), “o fim do Brasil Sorridente” e o ressurgimento do modelo clínico odontológico focado na doença em meio à pandemia de Covid-19.

Para resistir a tais retrocessos é preciso defender a garantia do direito à saúde bucal como parte do direito à saúde, fortalecendo os princípios do SUS, com financiamento adequado e suficiente.

Referências

Barros, SG, Medina MG, Carcereri DL. et al. Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. In: CHAVES SCL. (Org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA; 2016, p. 173-201.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004

Garcia, PA. Análise crítica do ano de 2016 e as consequências para a saúde pública do Brasil. UNIESP Revista. 2019. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20190718164740.pdf>

Godoi, H, Mello, ALSF; Caetano, JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. 2 [Acessado 7 Julho 2021], pp. 318-332. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>

Lucena, EHG et al. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. Rev. Saúde Pública 54 11 Nov 20202020 • <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075> Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/99/pt/#>

Mello, ALSF et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 01 [Acessado 6 Julho 2021] , pp. 205-214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>.

Morosini, MVGC; Fonseca, AFB; Faria, TW. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 9 [Acessado 15 Setembro 2021], e00040220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>

Narvai, PC. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. [Tempus Actas de Saúde Coletiva](#) 2020 14(1):175-87 Disponível em:<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622>

Rossi, TRA et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 12 [Acessado 15 Setembro 2021], pp. 4427-4436. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>.

Nota Técnica

Saúde bucal no SUS: reflexões sobre as fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal

Diana Carolina Ruiz, Ana Carolina Oliveira Peres, Daniela Lemos Carcereri

Ainda que seja possível pontuar importantes avanços setoriais ocorridos nas duas últimas décadas, a saúde bucal permanece em um processo de disputa por seu “*locus*” como Política Pública. Desde a ruptura na agenda política do Brasil com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, propostas de mudanças como os Planos de Saúde Acessíveis, “portaria nº 1.482, de 04 de agosto de 2016”, e a implementação da Emenda Constitucional 95 – que congela por 20 anos os investimentos em saúde e educação, mostraram a retomada de uma antiga agenda que não prioriza os direitos e o acesso da população as condições básicas (GARCIA, 2017), que dirá à saúde bucal, que a cada ano torna-se mais reduzida na agenda de governos liberais. A publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 2.436/2017), da nova política de financiamento da AB - Previne Brasil (Portaria n. 2979/2019), da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde e a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei 13.958/2019), criaram novas barreiras aos princípios da universalidade e da integralidade, e reforçaram os mecanismos de privatização da saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Em 2019, com a chegada ao poder de um governo federal antidemocrático e conservador, a agenda de orientação liberal privatista se intensifica e favorece o desfinanciamento do SUS, particularmente a Atenção Primária à Saúde (APS). Com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) no centro da disputa, medidas atingem e fragilizam diretamente seus atributos, promovendo a fragmentação do cuidado e a qualidade do processo de trabalho no interior das próprias equipes.

Esse é o cenário que, sobreposto pela situação sanitária da pandemia de Covid-19 que se estende desde março de 2020, desafia a saúde como direito e dever do Estado. Para a saúde bucal, que ainda precisa avançar em cobertura e na qualidade do modelo de cuidado, estes retrocessos têm grande impacto.

Essa nota tem o objetivo de apresentar um breve panorama histórico da implementação da Política de Saúde Bucal no SUS, com especial ênfase nas ações relacionadas com a APS-ESF, e discutir os principais avanços, ameaças e desafios atualmente enfrentados e discutir os efeitos das políticas em curso, caracterizando os retrocessos presentes na consolidação do direito à saúde bucal para o exercício pleno da cidadania. A nota defende a Estratégia Saúde

da Família como modelo para a organização da APS no Brasil e por isso sempre virão citadas com hífen APS-ESF.

Essa nota foi escrita por pesquisadoras atuantes no campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) entendido “como um movimento teórico-político com origem na Reforma Sanitária brasileira” (ABRASCO GT SBC). Sob o olhar da SBC a saúde bucal transcende a prática clínica odontológica uma vez que implica em construções sociais singulares envolvidas em cada situação de saúde (NARVAI, 2001).

Breve panorama histórico da implementação da Saúde Bucal no SUS

No Brasil, as necessidades de saúde bucal foram negligenciadas pelas políticas públicas até o início do século XXI. Desde meados da década de 1970 têm ocorrido importantes discussões em torno do acesso ao cuidado em saúde bucal, que articuladas com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, envolveram a luta de trabalhadores, dirigentes, professores, estudantes e a população em geral comprometidos com a luta pela saúde bucal como direito de cidadania. (NARVAI E FRAZÃO, 2008)

Os relatórios finais da I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), realizadas respectivamente em 1986 e 1993, indicavam o baixo impacto social do modelo de atenção vigente, que não correspondiam à realidade epidemiológica e social do país. Ademais, foi proposta a reorganização do modelo de atenção à saúde bucal sob as bases da Reforma Sanitária Brasileira e a organização de equipes básicas de saúde bucal, compostas por cirurgião-dentista (CD), atendente de consultório dentário (ACD), técnico de higiene dental (THD) e agente comunitário de saúde (ACS) que fariam parte da rede básica de saúde municipal. No entanto, essas propostas não foram acolhidas até o final da década de 1990 e a atenção à saúde bucal continuou predominantemente centrada nos escolares e na atenção às urgências odontológicas da população adulta (BARROS, MEDINA, CARCERERI, et al, 2016).

Apenas a partir da década de 2000 a saúde bucal começou a ter maior relevância no nível federal. Em 2000 foi publicada a Portaria 1444/2000 que estabeleceu um incentivo financeiro para a implantação de Equipes de Saúde Bucal no então Programa de Saúde da Família - PSF (Brasil, 2000).

Em 2003 foi realizada a III CNSB “Acesso e Qualidade superando a exclusão social” que reuniu as proposições das conferências anteriores. Parte destas foi incorporada na Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, publicada em 2004 (BRASIL, 2004).

A PNSB (2004) foi estruturada em quatro eixos: (1) reorganização do modelo de atenção em saúde bucal desde os princípios da Estratégia Saúde da Família mediante ampliação e qualificação das Equipes de Saúde Bucal; (2) organização da atenção especializada em saúde bucal dentro do SUS (através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses); (3) a ampliação da fluoretação da água; (4) e a vigilância em saúde bucal mediante monitoramento de indicadores e estudos epidemiológicos periódicos (Brasil, 2004; Chaves et al., 2017).

Desde sua publicação, a PNSB contribuiu para o processo de reorganização, ampliação e consolidação da Atenção Primária no SUS, no avanço da cobertura e acesso aos cuidados em saúde bucal. O processo de reorientação do modelo assistencial segundo os princípios da ESF, baseada no cuidado integral da saúde com equipes multiprofissionais também tem permeado o processo de trabalho em saúde bucal, ainda que persistam grandes desafios neste aspecto (Barros et al, 2016).

Dentre as estratégias para a ampliação do acesso à saúde bucal encontram-se: o movimento para a equiparação de uma ESB por equipe de saúde da família (Brasil, 2003); a implantação das Unidades Odontológicas Móveis (Brasil, 2009); a possibilidade de implementar serviços de saúde bucal nas Unidades de Saúde Fluviais e nas Equipes de Saúde Ribeirinhas (Brasil, 2010) na região da Amazônia e Mato Grosso do Sul; a participação opcional do Técnico em Saúde Bucal (TSB) nas Equipes de Consultórios na Rua sob supervisão de um CD vinculado a uma equipe de Saúde da Família ou de Atenção Básica convencional da área de atuação (Brasil, 2011); a formulação das Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2011a), a articulação da saúde bucal com o Programa Saúde na Escola (Brasil, 2011b), a regulamentação das profissões de auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico em saúde bucal (TSB). A Lei 11.889/2008 propiciou definir as atribuições destes na ESB (Brasil, 2008).

Além disso, os profissionais da ESB participaram de estratégias de qualificação da APS como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Brasil, 2012) o que pode ter contribuído na qualificação do cuidado em saúde bucal.

O processo de implementação e qualificação do processo de trabalho em saúde bucal no SUS e especificamente na ESF têm gerado importantes resultados. No entanto, é um processo ainda em desenvolvimento que nos últimos anos vem apresentando graves ameaças.

Cabe destacar o desprestígio com a área de saúde bucal traduzido nas inúmeras mudanças na coordenação geral de saúde bucal no Ministério da Saúde, desde o golpe de 2016. Desde novembro de 2015 o Brasil teve 5 diferentes coordenadores de saúde bucal, sendo 3 mudanças somente durante o governo Bolsonaro. Entre 2019-2020 o Ministério da Saúde (MS) sofreu 04 mudanças de ministros da saúde. Ver Quadro 1. Tais mudanças, por si só, já são suficientes para promover a falta de coordenação nacional e fragilizar tecnicamente e politicamente a gestão setorial, crucial no apoio aos estados e municípios na tomada de decisões – particularmente face aos desafios do cenário pandêmico.

Quadro 1. Mudanças na Coordenação da Área de Saúde Bucal no Ministério da Saúde durante os últimos anos

Presidente	Ministro da Saúde	Coordenador da área de saúde bucal	Período na coordenação	Profissão
Dilma	Marcelo Castro	Ademir Fratric Bacic,	17/11/2015 -	Cirurgião-

Rousseff			28/07/2016	dentista
Michel Temer	Ricardo Barros			
Michel Temer	Ricardo Barros Gilberto Occhi Luiz Henrique Mandetta	Patrícia Lima Ferraz	05/08/2016 - 13/06/19	Cirurgiã-dentista
Jair Bolsonaro	Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich Eduardo Pazuello	Rogéria Cristina Calastro de Azevedo	19/06/2019 - 17/06/2020	Cirurgiã-dentista
Jair Bolsonaro	Eduardo Pazuello	Vivaldo Pinheiro Guimarães Júnior	17/06/2020	Promotor de eventos
Jair Bolsonaro	Eduardo Pazuello Marcelo Queiroga	Caroline Martins Jose Dos Santos	21/08/2020 - Atual	Cirurgiã dentista, Servidora Pública do MS

Realizado pelas autoras

Principais avanços na implementação da atenção à saúde bucal na APS-ESF no Brasil, ameaças e desafios atuais

Este tópico está organizado de modo a apresentar inicialmente os avanços, em seguida as ameaças e desafios relativos às seguintes dimensões: processo de trabalho em saúde bucal, avaliação e monitoramento da saúde bucal, oferta de atenção à saúde bucal na APS-ESF, financiamento da atenção à saúde bucal na APS-ESF, Rede de atenção em saúde bucal e precarização do trabalho em saúde bucal.

Processo de trabalho em saúde bucal

Para o pleno desenvolvimento da APS-ESF no Brasil, considera-se como um avanço a realização de ações e programas interprofissionais e intersetoriais como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), pelas equipes de ESF-ESB (1:1) vinculadas a um território adscrito, com carga horária de 40 horas semanais e com população territorial em proporção adequada.

Porém, a atualização da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017) promoveu um desmembramento na articulação, que ainda era incipiente, das equipes ESF-ESB com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e destas com as escolas. Para as equipes, a demanda de trabalho se viu aumentada, pois os municípios continuam a aderir ao PSE, mas com poucos

profissionais da saúde disponíveis para executarem as ações relativas ao programa com a qualidade requerida.

Historicamente, pelo fato das políticas de saúde bucal, desde o período pré-SUS serem focadas nos escolares, as ESB assumem muitas vezes o papel de articulação entre os setores de saúde e educação.

A intersetorialidade é parte da gestão de processos de articulação de saberes e fazeres que, por meio de programas como o Saúde na Escola, atuam nos determinantes sociais da saúde e auxiliam no planejamento e na identificação de demandas em saúde bucal (AKERMAN et al, 2014; TINANOFF et al., 2019).

Porém, com a nova agenda, questiona-se: Como fazer programas intersetoriais como o PSE apenas com a equipe mínima (medicina e enfermagem)? O que fazer com as demandas geradas pelo PSE para as quais as equipes ESF-ESB precisam do aporte do NASF?

A atuação multiprofissional no PSE é um aspecto importante para a efetividade das suas ações, visto que é proposto pela APS-ESF a participação dos diversos profissionais que compõem suas equipes no atendimento às necessidades de saúde da população mediante múltiplos olhares (MEDEIROS, et al., 2018). Para isso, torna-se essencial o fortalecimento das equipes NASF e não o seu desmantelamento!

No que tange às ações de saúde bucal, nota-se a redução gradativa da execução de atividades educativo-preventivas realizadas nas escolas. Medida essa que restringe a atuação das ESB ao consultório odontológico, não realizando ações coletivas que trariam benefícios a médio e longo prazos para a população (REIS, et al, 2021).

Pesquisas apontam como ameaça ao processo de trabalho interprofissional e intersetorial a redução do quadro de profissionais de saúde e também a redução da carga horária de trabalho semanal. Tais mudanças implicam na impossibilidade de desenvolver as ações próprias do setor saúde juntamente com a prática intersetorial característica do PSE (MEDEIROS, 2018).

Em setembro de 2019, o Ministério da Saúde do governo do presidente Bolsonaro, publicou a Portaria nº 2.539 (BRASIL,2019), que alterou o incentivo financeiro e flexibilizou a carga horária das ESB do padrão de 40 horas para 20 e 30 horas, afetando diretamente o modelo assistencial em saúde bucal no âmbito do SUS. Essa mudança aproxima o modelo público àquele praticado no mercado odontológico privado, com claro risco ao processo de trabalho que vem sendo construído, e assim, o acesso à saúde bucal pública de qualidade, universal e integral

Com a implementação da Portaria nº 2.979, em novembro de 2019, houve outro grande ataque do atual desgoverno ao caráter universal do SUS e à democracia brasileira, com a mudança radical do modelo de custeio da AB com alteração dos critérios do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável para financiamento focado no número de pessoas registradas e cadastradas; pagamento por desempenho; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários definidos pelo Governo Federal. (BRASIL, 2019a)

A atuação do CD na APS nos moldes da PNSB (2004) foi um avanço importante pois detalhou o processo de trabalho junto ao ASB, ao TSB e junto às equipes ESF e NASF. A ESB é vinculada à equipe da ESF, e, portanto, o profissional CD, além da responsabilidade com a vigilância sanitária e epidemiológica e de gestão do setor, realiza atendimentos clínicos em consultório por meio de escuta e acolhimento de avaliações clínicas, demandas programadas e urgências/emergências; participa de reuniões de equipe; realiza grupos de educação em saúde; faz visitas domiciliares; e orientações individuais e coletivas. Além disso, o dentista trabalha de forma articulada com as demandas do território junto às equipes e com instituições de ensino da área adscrita na qual realiza as atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) (CARLETTO, SANTOS, 2020).

Uma ameaça vislumbrada ao processo de trabalho das ESB tal como proposto pela PNSB 2004 é a implantação cada vez mais acelerada da proposta da “carteira de serviços” da APS (BRASIL, 2019b; RUIZ e MARTUFI, 2019). A cada ano vimos reduzir o percentual de horas/atividades a serem destinadas a ações de prevenção, reuniões de equipe e visitas domiciliares reforçando o modelo da chamada odontologia de mercado em detrimento ao fortalecimento da saúde bucal coletiva (Quadro 2).

Quadro 2. Modelo de atenção à saúde bucal segundo as perspectivas da Saúde Bucal Coletiva e da Odontologia de Mercado

EIXOS DE ANÁLISE	ODONTOLOGIA DE MERCADO	SAÚDE BUCAL COLETIVA
Explicação da Doença	Biológica	Determinação Social
Foco da Atenção	Indivíduo Doente	Toda a População
Sujeito da Prática	Cirurgião-Dentista	Equipe de Saúde Bucal
Estratégia de Cobertura	Demanda Espontânea	Demanda Epidemiologicamente Programada
Tecnologia	Dependente de Inovações	Adequada ao Contexto
Processo de Trabalho	Competição	Cooperação
Cuidado Odontológico	Mercadoria	Direito Social
Enfoque da Abordagem	Reabilitação	Fatores Comuns de Risco

Fonte: NARVAI, 2020

Somando-se a esse cenário de ameaças tivemos o advento da pandemia de COVID-19 que trouxe desafios adicionais ao modelo de organização dos serviços de saúde bucal. No entanto, o Ministério da Saúde, por meio da

Coordenação Geral de Saúde Bucal, limitou-se a publicar a primeira norma técnica com o nº 09/2020 com orientações para a suspensão dos atendimentos eletivos e indicação de realização de ações do fast-track COVID-19. Segundo Carcereri e Casotti (2020) “Orientações setoriais são importantes para apoiar as práticas cotidianas, particularmente em situações de exceção. Mas, neste caso, algumas questões podem e devem ser analisadas: por que a atuação do dentista ficou circunscrita às ações do fast-track e de apoio à notificação? Por que avanços, como a incorporação dos determinantes sociais de saúde no processo de trabalho das ESB na APS e o desenvolvimento interprofissional de ações de vigilância, de prevenção e de educação no território, não aparecem nas linhas de atuação da recomendação oficial”?

Também Carleto y Santos (2020) salientam o subaproveitamento do profissional CD na linha de frente do combate ao coronavírus citando 4 ações que este profissional poderia desempenhar: 1) contribuir com a gestão, capacitação e manipulação de EPI; 2) realizar o teste RT-PCR (do inglês *reverse-transcriptase polymerase chain reaction*); 3) diagnosticar e fazer intervenção medicamentosa dos casos de síndrome gripal, já que possuem hábito e respaldo técnico de diagnosticar e prescrever uma amplo leque de medicamentos; 4) atuar diretamente no acompanhamento da saúde bucal e sensibilidade gustativa dos casos positivos em monitoramento, juntamente com a equipe médica e de enfermagem, colaborando com as investigações da recente doença. Para os autores, “o esvaziamento dessa categoria no combate à Covid-19 frente ao cenário caótico necessita ser discutido e repensado”.

A realidade descrita acima revela um centro de tensão presente entre equipes e gerentes/gestores, pois uma das principais preocupações nesse momento de pandemia é que as ESB retornem ao velho, limitando-se ao processo de trabalho tradicional, com foco na demanda espontânea e atendimento de urgências e emergências. Portanto, a ameaça de um retrocesso do modelo de cuidado desconectado da ESF deve ser considerada.

A pandemia de COVID -19 levou à suspensão total de atendimentos eletivos e das ações no território trazendo de volta o chamado modelo tradicional pautado na demanda espontânea. Este modelo adotado durante a pandemia implicou, segundo Lucena et al, 2021, em redução no acesso aos serviços de saúde bucal. Os autores estudaram o acesso à saúde bucal na atenção básica antes (janeiro a abril de 2019) e após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil (janeiro a abril de 2020) e verificaram redução à metade do número de 1ª consulta odontológica programada (de cerca de 4 milhões para cerca de dois milhões de consultas), e uma redução no número de consultas por abscesso dentário (cerca de 138 mil

para 92 mil) e de consultas por dor de dente (de 1 milhão e 800 mil para 1 milhão e cem mil). O estudo revela que a busca por tratamentos odontológicos, mesmo os considerados de urgência, foi impactada pela pandemia – pois num primeiro momento as pessoas deixaram de procurar os serviços de saúde bucal.

Torna-se imperativo construir o cuidado em saúde bucal coerente com os princípios do SUS. A realidade encontrada reforça a necessidade de profissionais com visão ampliada do processo saúde/doença e que equilibrem prevenção e cura, desempenhando ações como a participação na identificação dos problemas dos grupos populacionais do território sob responsabilidade do seu serviço de saúde, e a atuação em equipes interprofissionais e intersetoriais. (AQUILANTE e ACIOLE, 2015)

Como desafio às ESB aponta-se a ressignificação do trabalho em saúde bucal em tempos de pandemia com base nos 4 eixos de intervenção da APS, propostos por Medina et al (2020), quais sejam: 1- Vigilância em saúde nos territórios; 2- Atenção aos usuários com COVID-19; 3- Suporte social a grupos vulneráveis 4- Continuidade das ações próprias da APS.

Carcereri e Casotti (2020) descrevem algumas ações das ESB possíveis de serem realizadas para o desenvolvimento dos seguintes eixos: Vigilância em saúde nos territórios: “envolve as ações de comunicação de risco para fortalecer a capacidade de entendimento do evento e de geração de respostas positivas por parte da comunidade, engajamento comunitário com mobilização de lideranças, monitoramento dos casos e suspeitos na área, uso de ferramentas e dispositivos que garantam a escuta segura das demandas da comunidade, estímulo à criação de redes de solidariedade locais. Suporte social a grupos vulneráveis: “trata da identificação, pelo cadastro das famílias e pelo próprio conhecimento dos ACS das microáreas, das pessoas que se enquadram nessa condição; dimensionando e organizando estratégias de acompanhamento pela equipe, mas também em articulação com outras frentes comunitárias e institucionais. No território é a equipe de saúde que tem a capacidade, em menor tempo e com mais precisão, de identificar esses grupos e protegê-los”. Continuidade das ações próprias da APS: “inclui as ações como o uso de novas formas de cuidado cotidiano à distância, com disponibilidade de acesso à internet, WhatsApp, telefone, teleconsulta. Mesmo que não haja oferta de dispositivos específicos pela gestão, é possível criar rotina de acompanhamento dos casos e suspeitos, a partir das tecnologias presentes na própria unidade. A incorporação do cuidado via teleodontologia, quando regulamentado, poderá contribuir para a realizações de diferentes ações na APS”.

Para o eixo Atenção aos usuários com COVID-19 propomos que a ESB contribua no acompanhamento dos casos seja na fase aguda ou crônica, a chamada Covid- longa, utilizando ferramentas de cuidado à distância. O CD pode investigar possíveis sequelas e manifestações clínicas tanto de casos ativos como em pacientes com sintomas crônicos, haja vista a relação intrínseca, por exemplo, entre perda do paladar, alimentação e saúde bucal.

Ademais, imersos nestes tempos de pandemia de Covid-19 e em meio a uma agenda da saúde que possui como pauta o desmonte do SUS, é necessário resistir e fortalecer as lutas em defesa do processo de trabalho em equipe, integral e resolutivo.

Avaliação e monitoramento da saúde bucal

Para avaliar e monitorar a atenção em saúde bucal, o Ministério da Saúde recomenda o uso de indicadores. Porém, grande parte dos indicadores está relacionada unicamente com o componente clínico odontológico associado à cárie dentária e doença periodontal. Ademais, como relatado a seguir, historicamente, não foi observada continuidade nesses indicadores por tempo adequado para uma efetiva avaliação da qualidade da atenção.

De 1999 até 2008, vigorou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB), um instrumento de negociação nas três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com metas a serem alcançadas para indicadores previamente acordados, com a intenção de induzir melhorias na atenção básica e na saúde da população. A saúde bucal contava com os seguintes indicadores: (1) Cobertura de primeira consulta odontológica programática; (2) Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; (3) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais; (4) Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais; (5) Proporção de população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) (FERNANDES, et al., 2016).

Em 2006 houve a transição para o Pacto pela Saúde, incorporando novas portarias e novos indicadores em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão. Na saúde bucal, além dos indicadores já conhecidos, acrescentou-se: (1) Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF); (2) Proporção da população cadastrada pela ESF (FERNANDES, et al. 2016; SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020).

Mudanças foram constatadas ao longo dos anos, caracterizadas pela inclusão e exclusão de indicadores de saúde bucal. A tabela abaixo retrata um período de avanços, entre os anos de 2007 a 2011, período orientado por indicadores com potencial de acompanhamento e avaliação da PNSB, que havia sido criada em 2004.

TABELA 1 – Evolução dos indicadores de saúde bucal no pacto pela saúde

Indicadores	2007	2008	2009	2011
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X	X	X	
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	X	X	X	X
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	X			
Cobertura de implantação de Equipe de Saúde Bucal		X	X	
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais				
Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família				X

Fonte: Portarias GM/MS Nº. 91/07; Nº. 325/08; Nº. 48/09, Nº. 3840/10.

Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm

Fonte: SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020.

Uma proposta de novo pacto foi feita em junho de 2011, quando o Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c) foi emitido definindo novos critérios, estratégias de construção de pactos e ferramentas de monitoramento utilizado pelas entidades federadas, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que acrescentou um conjunto de diferentes indicadores para a lista (SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020). A Resolução n. 5 de 2013 definiu três indicadores de saúde bucal para triênio 2013-2015 (Tabela 2). Embora esta resolução tenha reduzido o número de indicadores em relação a 2012, manteve indicadores importantes para o monitoramento de ações.

TABELA 2 – Evolução dos indicadores de saúde bucal no contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP).

Indicadores	2012	2013-2015	2016	2017-2021
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	X	X		
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	X	X		X
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos		X	X	

Fonte: CIT Resoluções Nº. 4/12; Nº. 5/13, Nº. 2/16; Nº. 8/16.

Disponível em: <http://www.conass.org.br/resolucoes-cit/>

Fonte: (SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020)

No triênio 2013-2015, vários indicadores foram propostos. No entanto, ao contrário do esperado, houve uma gradual diminuição do número de indicadores de saúde bucal. Em 2016, o único indicador proposto para o monitoramento das ações nessa área foi a “Proporção de exodontias em relação aos procedimentos”, similar à “Proporção de exodontias em relação aos procedimentos básicos”, que fazia parte da lista de indicadores do Pacto de Atenção Básica no período de 2002 a 2006 (SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020).

Com a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), três ciclos foram instituídos pelo Ministério da Saúde, sendo o primeiro em 2011, o segundo em 2013 e o último em 2015. O

PMAQ-AB foi construído coletivamente por atores da academia e dos serviços e foi considerado inovador. Entre os avanços que aportou ao processo de avaliação pode-se destacar a utilização de indicadores de saúde e socioeconômicos, a criação de estratos municipais para maior equidade de comparação e a longitudinalidade da avaliação pelo período de cinco anos (REIS, et al, 2021).

A tabela a seguir relaciona os diferentes indicadores de saúde bucal identificados no PMAQ-AB. Destaca-se a inclusão do monitoramento da cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante, em consonância com a proposta de atuação interprofissional articulada na PNSB (2004) e na PNAB (2006) e do indicador “média de instalações de próteses dentárias” tendo em vista a efetivação da criação de laboratórios de próteses dentárias e a oferta de próteses totais na APS-ESF.

TABELA 3 – Evolução dos indicadores de saúde bucal no programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB).

Indicadores	1º. ciclo	2º. ciclo	3º. ciclo
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	X	X	
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X	X	X
Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante	X	X	
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	X	X	X
Média de instalações de próteses dentárias	X	X	
Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	X	X	
Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	X	X	
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal			X

Fonte: Ficha de Qualificação dos Indicadores (2012) e Manual Instrutivo (2017).

Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Fonte: (SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020)

Cabe destacar também os importantes resultados de qualidade da atenção em saúde bucal que foram aferidos a partir dos três ciclos do PMAQ-AB. No primeiro ciclo, aderiram ao PMAQ 17.202 equipes da ESF, das quais 12.565 equipes tinham respondentes para a saúde bucal. Também foram entrevistados 65.391 usuários da ESF, dos quais 45,1% (26.263) declararam ter conseguido agendar atendimento com dentista na UBS, 34,5% não conseguiram e 20,4% nunca tentaram. No que diz respeito ao atributo da APS de acesso de primeiro contato 50,3% das ESB indicaram que as consultas da área eram agendadas em qualquer dia e horário da semana; 85,1% das equipes referiram realizar acolhimento à demanda espontânea, mas somente 43,8% usam algum protocolo. Em relação à continuidade do cuidado, 85,8% dos profissionais respondentes referiram que existia garantia de agenda pela ESB para a continuidade do tratamento. 59,1% das ESB relataram realizar registro e acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca. (Casotti et al., 2014)

No segundo ciclo do PMAQ-AB realizado entre 2013-2014 participaram 19.946 ESB, 85,79% das ESB que estavam implementadas nesse período (23.251 ESB). No final desse ciclo 1.832 ESB (9,18%) foram desqualificadas ou tiveram resultados insatisfatórios no programa, a maioria teve um bom desempenho. Pesquisa utilizando os dados da fase de avaliação externa desse segundo ciclo apontaram que a maioria das ESB monitoram e analisam indicadores de saúde bucal (66,4%), organizam seu processo de trabalho considerando os dados dos sistemas de informação (79,8%), riscos e vulnerabilidades (78,4%) e as autoavaliações (71,4%). A metade das equipes realizam ações de planejamento (51,0%), pouco mais da metade compartilha a programação das atividades com equipe da ESF (66,3%) e quase todas as ESB oferecem ações de educação em saúde bucal (90,6%). No entanto, observaram-se importantes diferenças regionais: as regiões Sudeste, Nordeste e Sul apresentaram mais equipes com melhores resultados na avaliação externa do PMAQ (Santos et al., 2019).

O terceiro ciclo do PMAQ-AB teve seu processo finalizado com a publicação da Portaria 874, de maio de 2019, que apresentou a lista final das equipes certificadas participantes. (Brasil, 2019c). Estudos sobre os dados de saúde bucal referentes ao terceiro ciclo são recentes, Valença et al (2021) pesquisaram a perspectiva das equipes e dos usuários participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB no estado da Paraíba. Entre os resultados destacaram a organização do processo de trabalho na relação 1 ESB para uma equipe ESF, na contramão do que prevê a PNAB 2017 que regulamenta a inserção de ESB no SUS com diferentes arranjos, podendo inclusive excluir as ESB da APS-ESF.

Como ficou demonstrado, mudanças nos indicadores de saúde bucal foram identificadas ao longo do tempo, sendo a última estabelecida em 2015, ainda no âmbito do PMAQ-AB havendo a redução para 3 indicadores.

Tal modelo de avaliação e monitoramento permaneceu estagnado no terceiro ciclo do PMAQ-AB, até que em novembro de 2019 o governo Bolsonaro, por meio de seu ministro Luiz Henrique Mandetta implantou um programa substituto, o programa Previne Brasil.

O programa instituiu um novo modelo de financiamento da Atenção Básica, tendo como único indicador para a saúde bucal “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”.

O processo histórico registra que o acompanhamento de gestantes em tratamentos odontológicos ocorre por meio de indicadores próprios dos municípios desde 2006. De forma normativa ministerial foi inserido como indicador de desempenho no 1º e 2º ciclos do PMAQ em 2012 e 2013, ou seja, não era uma novidade. Já a PNSB (2004) e o Caderno 17 - Saúde Bucal (2006) referiam os ciclos de vida como fundamentais na atuação das equipes de saúde bucal, sendo as gestantes um dos grupos prioritários.

No entanto, a redução a esse único indicador representa um retrocesso sem precedentes no processo de avaliação da atenção à saúde bucal nos

municípios brasileiros e, por conseguinte na qualidade das ações e serviços ofertados à população.

Oferta de atenção à saúde bucal na APS-ESF

O advento da PNSB, a partir de 2004 implicou uma importante ampliação da oferta de atenção em saúde bucal na atenção primária na proporção de aproximadamente 500% no número de ESB implantadas. Enquanto em 2002 estavam implantadas somente 4.261 ESB, em 2017 já existiam 25.000 ESB correspondendo à cobertura de aproximadamente 40% da população brasileira (LUCENA et al. 2020).

Em 2010, o aumento no número de ESB implantadas foi menos expressivo, 35,4% em relação a 2006 (20.424 ESB). Essa desaceleração na implantação de ESB continuou na década de 2010, sendo que em 2014 estavam implementadas 24.243 ESB, apenas 18,75% a mais do que em 2010. (CHAVES et al., 2017).

Em 2016, pela primeira vez desde que foram criadas, observou-se uma redução no número de ESB que estavam implantadas 24.383 ESB, o que representa uma diminuição de 0,3% em relação a 2015 quando existiam 24.467 ESB. (Chaves et al., 2017). Em 2017 o número de ESB teve um pequeno aumento, em dezembro foram implantadas 25.905 equipes (aumento de 6,23% em comparação ao ano anterior). Em 2018, estavam implementadas 28.050 ESB e em 2019 28.991 ESB (941 equipes a mais do que em 2018, o que representa um aumento de apenas 3,35%). (CHAVES et al., 2019)

Apesar do aumento da oferta nos serviços de saúde bucal na APS-ESF, por meio da expansão do número de ESB, indicadores como a cobertura da primeira consulta odontológica não têm aumentado como se esperaria. No período 2003-2015 o indicador de cobertura populacional de primeira consulta odontológica programática não sofreu grandes variações (2003: 13,1%; 2006: 12,5%; 2010: 13,6%; 2014: 12,8%; 2015: 14,6%) (CHAVES et al., 2017). De maneira preocupante, a partir de 2016, este indicador apresenta redução ano a ano (2016: 10,5%; 2017:8,3%; 2018: 4,9%; 2019: 4,1%; 2020: 1,7%). No período 2015-2019 a redução no indicador de cobertura populacional de primeira consulta odontológica programática foi de 71,9%. Parte dessa redução pode ser explicada pela mudança no sistema de informação para o e-SUS, porém, essa mudança por si só não explica totalmente essa redução. (CHAVES et al, 2019).

Uma das possíveis explicações reside no fato da priorização de livre demanda (consultas no dia) em detrimento das consultas odontológicas programadas, comprometendo assim a operacionalização da ESF. Reis et al (2021) estudaram o impacto de cobertura da ESF sobre os indicadores de SB de 90 municípios da região nordeste do estado de SP entre os anos de 2014 e 2017. A consolidação de dados secundários do e-gestor e do DATASUS realizada informou ter ocorrido diminuição das coberturas de SB no período estudado, destacando a queda de cobertura pelo modelo tradicional. O estudo

evidenciou haver melhor desempenho dos indicadores de SB nos municípios com maior cobertura pela ESF, embora com fraca correlação.

Financiamento da atenção à saúde bucal na APS-ESF

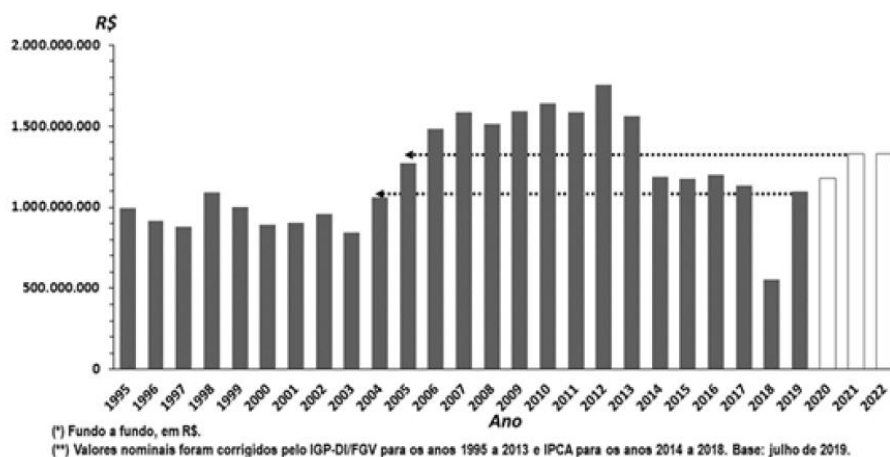
Em meio ao subfinanciamento crônico do SUS foi possível observar, entretanto, importantes avanços no financiamento da PNSB e especificamente da atenção à saúde bucal na atenção primária. A indução federal para inserção de ESB no então PSF, implementada a partir de 2000, foi estratégica para a ampliação da oferta de cuidado em saúde bucal na APS-ESF. Além disso, em 2005, foi definida uma atividade orçamentária específica para atenção básica em saúde bucal e em 2006 houve um reajuste de 20% no valor repassado aos municípios para implantação de ESB.

Em uma análise da série histórica dos valores do repasse da União para a saúde bucal no SUS (custeio e investimento), a partir dos dados disponíveis no Fundo Nacional da Saúde entre 2003 e 2017 encontrou-se que durante todo o período o repasse para SB na atenção básica foi maior do que para atenção especializada em SB. O montante de recursos para a saúde bucal na atenção básica foi sendo incrementado de 2003 a 2012 (2003: 180,7 milhões; 2006: 688,2 milhões; 2009: 831,6 milhões, 2012: 1.071,6 milhões). Isso corresponde com os dois períodos do governo Lula e a primeira parte do primeiro governo Dilma. Destaca-se que o grande aumento do repasse no período 2003-2006 corresponde com a crescente implantação de ESB no PSF e com a implementação inicial da PNSB. Em 2013 houve uma queda no repasse de recursos (881,5 milhões) e entre 2013 e 2016 esses valores não sofreram grande variação (2014: 880,9 milhões; 2016: 909,2 milhões). Em 2017, houve novamente uma redução (829,9 milhões), que se acentuou muito em 2018 (2018: 541,7 milhões) (ROSSI et al., 2019).

Em 2019 o repasse continuou diminuindo segundo dados do FNS (512,2 milhões), porém, nesse ano, os dados não correspondem com os publicados no e-Gestor AB (920 milhões). O valor do repasse em 2020 foi de 888,5 milhões, uma redução de 3,42% no financiamento da saúde bucal na atenção básica, segundo dados do e-Gestor AB (VILELA, ROSSI e CHAVES, 2020; CHAVES, VILELA e ROSSI 2019).

O gráfico a seguir (NARVAI, 2020) ilustra com clareza a asfixia de recursos sofrida pela área técnica de saúde bucal do MS a partir de 2014:

Figura 1. Transferências federais(*) para investimento e custeio de ações de saúde bucal no SUS(**), no período 1995-2019.



FONTE: (NARVAI, 2020)

Conforme descrito pelo autor “os aportes financeiros à PNSB, cuja média para o período de 1995 a 2002 registrou R\$ 953.387.674,56 (em valores corrigidos pelo IPCA/IBGE, para 1/7/2019), alcançou a média de R\$ 1.373.800.626,59 no período de 2003 a 2010, atingindo o valor de R\$ 1.754.877.233,10 em 2012, no primeiro governo de Dilma Rousseff, cuja média ficou em R\$ 1.410.509.039,67. Após a destituição de Dilma, em 2016, o aporte de recursos para a PNSB no governo de Michel Temer (2016-18) foi substancialmente diminuído, registrando-se um notável recuo para R\$ 555.704.516,30 em 2018, 58,3% menor do que até mesmo a média do período 1995-2002, pré-Brasil Sorridente” (NARVAI, 2020).

De acordo com o gráfico acima os investimentos do primeiro ano do governo Bolsonaro são equivalentes aos investimentos realizados pelo governo Lula em 2004 e o financiamento previsto para os três próximos anos equivale ao ano de 2005 traduzindo no dizer de Narvai (2020) que “o indicador do financiamento também sinaliza o ocaso do “Brasil Sorridente”, que padece sob iminência de estiolamento”.

A análise conjunta dos repasses financeiros para saúde bucal na atenção primária, as ESB implantadas e a cobertura de primeira consulta odontológica demonstram que na última década a atenção à saúde bucal na APS-ESF tem se fragilizado, ocasionando que uma menor porcentagem da população consiga ter acesso a este tipo de serviços no SUS (ROSSI et al., 2019).

Essa problemática pode se tornar ainda mais dramática nos próximos anos devido às mudanças no financiamento do SUS que vêm sendo implementadas nos últimos cinco anos. O teto de gastos estabelecido através da Emenda Constitucional 95 aprovada em 2016 e a implementação do Programa Previn

Brasil que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS representam ameaças importantes para a garantia do direito à saúde, a universalidade da atenção e para a lógica da ESF (NARVAI, 2020).

O Previne Brasil prevê que o custeio da APS seja realizado através de três componentes 1) Capitação ponderada, dependendo do número de usuários cadastrados na USF e considerando a vulnerabilidade econômica deles 2) Pagamento por desempenho onde o município deve alcançar algumas metas em indicadores definidos para receber o incentivo financeiro por equipe, no caso da saúde bucal somente foi priorizado um indicador “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”. 3) Incentivos a programas específicos / estratégicos como o Programa de Saúde na Escola (50% dos recursos desse componente) e saúde bucal. O Previne Brasil eliminou o PAB fixo que assegurava um valor específico per capita para os municípios segundo sua população. (BRASIL, 2019a). Portanto, nesta nova modalidade de financiamento os municípios terão incerteza sobre o repasse que receberão, o que pode ameaçar a continuidade da oferta de serviços de APS.

Especificamente em saúde bucal, essas mudanças poderão ocasionar a diminuição dos repasses para a área e fragilizar o financiamento da PNSB. Isso dificultará que os municípios mantenham as ESB implantadas e ainda mais a possibilidade de que ampliem a oferta de serviços em saúde bucal (ROSSI et al., 2018).

Rede de atenção em saúde bucal

A implementação das Redes de Atenção à Saúde requer basicamente cinco componentes: a APS-ESF como ponto de atenção e como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logísticos e de governança (BRASIL, 2010).

A implantação PNSB promoveu avanços importantes nesses aspectos. Incentivou a mudança do modelo de atenção em saúde bucal conforme a orientação da ESF, buscando superar as práticas odontológicas isoladas e limitadas ao atendimento clínico dentro do consultório odontológico. Também, favoreceu a ampliação da oferta de ações de saúde bucal na ESF e a oferta de ações especializadas através da implantação dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPD). Dessa maneira, promoveu a estruturação da rede de atenção em saúde bucal (RASB) (BRASIL, 2004; MELLO et al., 2014; GODOI et al., 2014).

No entanto, vários estudos realizados em Santa Catarina têm apontado que a conformação da rede de atenção à saúde bucal como rede temática e sua articulação dentro das redes de atenção à saúde ainda são processos em andamento. Existem fragilidades associadas a dificuldades na articulação entre

os diferentes pontos de atenção (APS-ESF, UPA, atenção especializada), ausência de protocolos e indefinição ou pouca clareza dos fluxos de referência e contrarreferência, manutenção do enfoque assistencialista em saúde potencializado pela exigência por produtividade em número de procedimentos clínicos, não realização de levantamentos epidemiológicos periódicos com a população do território para planejamento das ações. Também foi identificada falta de recursos materiais, espaço físico e equipamentos, escassez de profissionais de saúde com uma carga horária adequada (40h/semana), oferta insuficiente na APS-ESF e na atenção especializada, problemas com os sistemas de apoio, logístico e de informação da rede (GODOI et al., 2014; 2016; MELLO et al. 2014).

O funcionamento adequado das RAS permitirá responder de maneira mais efetiva, eficiente e oportuna às necessidades individuais e coletivas em saúde geral e bucal (MELLO, 2014).

Precarização do trabalho em saúde bucal

Segundo Moraes et al (2019), a precarização do trabalho manifesta-se por múltiplos fatores. A odontologia se caracterizou por ser uma profissão liberal, fundamentada na autonomia do profissional e no modelo de produção de bens e serviços. Esta realidade sofreu um processo de precarização devido à crise do modelo liberal privatista com o aumento das operadoras de saúde a partir do ano 2000.

A saúde bucal coletiva se contrapõe à odontologia de mercado, assumindo que a saúde bucal é um direito humano e não uma mercadoria sendo indissociável da saúde geral (ABRASCO GT SBC). Embora o direito à saúde tenha avançado desde a criação do SUS, este avanço se deu de modo parcial e desigual. O SUS tornou-se um grande empregador na área da saúde, porém ao longo do tempo incorporou diferentes formas de contratação e gestão do trabalho, como, por exemplo as terceirizações que configuram relação precarizada no trabalho em saúde (MOROSINI, CHINELLI, CARNEIRO, 2020).

Diante desse cenário, os profissionais da saúde, em especial os que atuam na estratégia saúde da família, apresentam uma maior vulnerabilidade em relação às condições de trabalho e empregos precários, pois o processo de produção do trabalho capitalista, fordista, taylorista ainda exerce grande influência. Dentre os fatores que contribuem para a precarização do trabalho na ESF pode-se destacar: redução do número de empregos formais (concursos efetivos), intensificação do ritmo de trabalho, aumento da produtividade, flexibilização dos direitos trabalhistas, baixa remuneração salarial, terceirização, novas jornadas em tempo parcial, informal, sazonal, com perda de direitos sociais e sindicais; organização rígida do processo de trabalho principalmente para os profissionais de nível superior como dentistas e enfermeiros (LOPES, ARAÚJO, MACHADO, 2020).

Essa precarização descaracteriza o desenvolvimento do sistema que defendemos: único, gratuito, universal, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e que resiste em meio às crises, econômica e sanitária principalmente.

Segundo Antunes e Druck (2013), a terceirização tem sido o principal vetor de disseminação da precarização e está presente em todos os setores da economia, em todos os serviços públicos e privados e atinge seus trabalhadores, arriscando-lhes a saúde e a vida.

Estudos atestam o processo de precarização vivenciado pelo cirurgião-dentista. Segundo Rosa et al (2019) analisando dados do ciclo do PMAQ-AB apenas 44,1% das 17.117 ESB estudadas possuíam cirurgiões-dentistas com vínculo estatutário. Entre os demais vínculos identificados encontram-se cargo comissionado, contrato temporário pela administração pública, contrato temporário por prestação de serviço, empregado público pela CLT, contratado CLT, autônomo entre outros.

Druck (2014) chama a atenção para o processo de não reconhecimento e desvalorização simbólica do trabalho e do trabalhador, o que afeta a construção da identidade individual e coletiva, ampliando a alienação e o estranhamento no trabalho.

Enfraquecem-se as formas coletivas de resistência, ao mesmo tempo em que se ampliam formas deletérias de gestão do trabalho sob o manto do gerencialismo, difundido desde o setor privado para a esfera pública, por meio principalmente da contrarreforma do Estado.

Apesar do incontestável avanço em termos de incorporação de força de trabalho ao longo de sua existência, o SUS acumulou uma dívida histórica com seus trabalhadores, agravada pela contrarreforma neoliberal do Estado. Produziu-se uma série de dispositivos legais que limitaram os gastos com pessoal, promoveram novas formas de relação público-privado, flexibilizaram os vínculos através, sobretudo, da terceirização. Foram experienciadas também a inclusão das instituições não estatais, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), fundações de apoio entre outras na gestão e prestação de serviços no SUS (PAIM, 2018; MENEZES et al, 2019).

Druck (2016) aponta para os efeitos nocivos da experiência da terceirização no serviço público de saúde intermediado pelas organizações sociais. Com foco em São Paulo, a autora destaca a contratação de pessoal sem concursos, a falta de fiscalização pela administração pública, a existência de subcontratação em cadeia (dupla terceirização) e a transferência de patrimônio público – os serviços de saúde – para uso pelo setor privado. De suposta alternativa complementar, segundo a autora, a contratação das OS tornou-se

preponderante, incorrendo em custo elevado, problemas de má gestão de recursos e promiscuidade entre o privado e o público.

Estes diferentes cenários contribuem para a deterioração das condições de trabalho. Resinificou-se o sentido do trabalho em saúde, subordinando-o a interesses alheios ao processo de cuidado, relativos ao alcance das metas, impostas pela gestão, e ao monitoramento do desempenho dos trabalhadores, das equipes e dos serviços, em um contexto de competição e individualização.

Considerações finais

A análise técnica desenvolvida sobre a implementação da PNSB no SUS, com foco nas ações desenvolvidas na APS-ESF, demonstrou fortalezas e ameaças ao acesso universal dos brasileiros e brasileiras à saúde bucal.

Ficou evidente que houve uma ruptura no processo de consolidação do SUS, incluindo a PNSB, a partir da destituição da presidenta Dilma, em 2016. As evidências coletadas demonstram o desmantelamento vivido na atenção à saúde bucal:

- A publicação da PNAB, 2017 que promoveu a desarticulação das ESB na ESF principalmente pela flexibilização da carga horária da equipe.
- A extinção do NASF impedindo o trabalho interprofissional na ESF, na atenção clínica e em programas intersetoriais como o PSE;
- O desfinanciamento da PNSB;
- A mudança no programa de avaliação e monitoramento que findou na extinção do PMAQ e na implantação do Previne Brasil, limitando à saúde bucal um único indicador;
- A ausência de coordenação nacional da área saúde bucal desde 2015 e com mais força durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19;
- A precarização dos contratos de trabalho que levaram à demissão de cirurgiões-dentistas durante a pandemia;
- A desarticulação da rede de atenção à saúde bucal com as demais redes temáticas;
- A criação da Agência para o desenvolvimento da APS (ADAPS) e a adoção da carteira de serviços como mecanismos que visam instalar o processo de privatização da APS-ESF;

O panorama exposto acima demonstra tal qual descrito por Narvai (2020), “o fim do ‘Brasil Sorridente’ tal como o conhecemos, que foi uma prioridade de governo, com recursos razoáveis (ou seja, cronicamente subfinanciado como é de amplo conhecimento, mas em equidade com outras “saúdes”)” Com o fim da PNSB vislumbramos também o ressurgimento do modelo clínico odontológico focado na doença em meio à pandemia de COVID-19.

Para resistir a tais retrocessos é preciso defender a garantia do direito à saúde bucal como parte do direito à saúde, fortalecendo os princípios do SUS, com financiamento adequado e suficiente. É necessário defender e reivindicar a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2004) como política de governo e a Estratégia Saúde da Família como modelo definido para a APS brasileira. E fora, Bolsonaro! Sem democracia não há saúde.

Referências

ABRASCO GT Saúde Bucal Coletiva SBC. GT Saúde Bucal Coletiva. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudebucalcoletiva/>

AKERMAN M, FRANCO DE SÁ R, MOISES ST, et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), v. 19, p. 4291-4300, 2014.

AQUILANTE, AG, ACIOLE, GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva* 20 (1) • Jan 2015.

ANTUNES R, DRUCK MG. A terceirização como regra?. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, v. 79, p. 214-231, 2013.

BARROS, SG, MEDINA MG, CARCERERI DL. et al. Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. In: CHAVES SCL. (Org.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA; 2016, p. 173-201.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 29 dez 2000; sec1, p.85

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 396 de 4 de abr. de 2003. Fixa em vinte por cento (20%) o reajuste nos atuais valores dos incentivos financeiros ao custeio dos programas de saúde da família de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do programa de saúde da família, com vigência a partir da competência maio de 2003. *Diário Oficial da União* 08 abr. 2003; sec1, p.94.

-----.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília (DF); 2004

-----.. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela saúde 2006 vol 4*. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acesso: 28 jul 2021

-----. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União, 26 dez 2008;

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.371 de 7 de out de 2009. Institui, no âmbito da PNAB o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Diário Oficial da União, 9 out 2009; sec1, p.111

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.191 de 3 de ago de 2010. Institui critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul. Diário Oficial da União, 4 ago. 2010; sec1, p.51

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 122 de 25 de jan. de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, 26 jan. 2011; sec1, p.46.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2011a.

-----. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011b.

-----. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 29 jun 2011c

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.089 de 28 de may.de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro PMAQ-AB, denominado como Componente do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Diário Oficial da União, 28 mai 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 30 dez

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2017; 10 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário oficial da união 13 nov 2019a, Edição: 220, Seção 1, p 97

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps). Ministerio da Saúde. 2019b Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1MQ> Acesso: 5 set 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). 2019c. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-874/> Acesso: 12 set 2021

CARCERERI DL, CASOTTI E. O trabalho das equipes de Saúde Bucal na APS em tempos de pandemia. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/11/o-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal-na-aps-em-tempos-de-pandemia/> Acesso: 1 set 2021

CARLETTO AF; SANTOS FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. Physis (Rio J.); 30(3): e300310, 2020

CASOTTI E, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde em Debate [Internet]. 2014;38():140-157. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750011>

CHAVES SCL, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 6 [Acessado 2 Junho 2021], pp. 1791-1803. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.

CHAVES SCL; LIMA AMFS; VILELA DMOC; et al. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2019. Observatório Análise Política em Saúde. Eixo Análise de Políticas de saúde bucal no Brasil. 2019.

CHAVES SCL, VILELA DMOC, ROSSI TRA. Financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal em 2019. Observatório Análise Política em Saúde. Eixo Análise de Políticas de saúde bucal no Brasil. 2019.

DRUCK MG. The social precarization of Labour in Brazil. journal fur entwicklungspolitik JEP, v. xxx-4, p. 46-68, 2014.

DRUCK MG. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trabalho, educação e saúde (online), v. 14, p. 15-43, 2016.

FAGUNDES DM, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 9 [Acessado 15 Setembro 2021]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00049817>>. Epub 06 Set 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049817>.

FERNANDES JKB, et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2016, v. 32, n. 2 [Acessado 15 Setembro 2021]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00021115>>. Epub 23 Fev 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021115>.

GARCIA PA. Análise crítica do ano de 2016 e as consequências para a saúde pública do Brasil. UNIESP Revista. 2019. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20190718164740.pdf>

GODOI H; MELLO ALSF; CAETANO JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. 2 [Acessado 7 Julho 2021], pp. 318-332. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>

LOPES ESJ, ARAÚJO TM, MACHADO CJ. Indicadores de precarização do trabalho nas equipes de saúde da família. In: Barbosa FC (Org). Cuidados com a saúde: princípios fundamentais. 2020

LUCENA EHG, et al. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. Rev. Saúde Pública 54 11 Nov 2020 • <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075> Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/99/pt/#>

MEDEIROS ER; PINTO ESG; PAIVA ACS; NASCIMENTO CPA; REBOUÇAS DGC; SILVA SYB. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. Rev Cuid. 2018;9(2):2127-2134. <http://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.514> [Links]

MEDINA MG, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 8 [Acessado 15 Setembro 2021], e00149720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.

MELLO ALSF, et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 01 [Acessado 6 Julho 2021], pp. 205-214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>.

MENEZES, APR; MORETTI, B; REIS, AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. spe5 [Acessado 20 Outubro 2021], pp. 58-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

MORAES DA, et al. Precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar: uma análise bioética. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 3 [Acessado 15 Setembro 2021], pp. 705-714. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01972017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01972017>.

MOROSINI, MVGC, FONSECA, AFB, FARIA, TW. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 9 [Acessado 15 Setembro 2021], e00040220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>

NARVAI PC. Saúde bucal coletiva: um conceito. Odontol Soc 2001;3:47-52

NARVAI, P.; FRAZAO P. Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 148 p.

NARVAI PC. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. Tempus Actas de Saúde Coletiva 2020 14(1):175-87
Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622> Acesso: 3 ago 2021

PAIM, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 20 Outubro 2021], pp. 1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. ISSN 1678-4561.

REIS TC, FUMAGALLI IHT, LAGO LPM, MESTRINER SF, RAMOS MM, MESTRINER JÚNIOR W. O impacto da estratégia saúde da família nos indicadores de saúde bucal. Rev Odontol Bras Central 2021; 30(89): 300-322. DOI: 10.36065/robrac.v30i89.1485

ROSA, L; RIBEIRO, AE; SILVA JUNIOR, MF; PINTO, MHB. Desigualdades regionais nas relações de trabalho e qualificação profissional de cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Básica. Revista Da ABENO, 21(1), 1130. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1130>

ROSSI TRA, et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 12 [Acessado 15 Setembro 2021], pp. 4427-4436. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>.

RUIZ DC, MARTUFI V. Posicionamentos sobre a Carteira de Serviços da APS. Rede APS. 2019. Disponível em <https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/> Acesso: 12 set 2021

SANTOS TP, MATTA MACHADO ATG, ABREU MHNG, MARTINS RC What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. PLoS ONE 14(4): e0215429. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215429>

SILVA, ROC; GRAZIANI, GF; DITTERICH, RG. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. Tempus, actas de saúde colet, v. 14 n. 1. 2020.

TINANOFF N., et. al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. International journal of paediatric dentistry, 29(3), 2019.

VALENÇA, AMG et. al. O processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Paraíba: o que o PMAQ-AB nos diz. IN: Cuidados em saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Organizadores: Edson Hilan Gomes de Lucena, Yuri Wanderley Cavalcanti. - João Pessoa: Editora UFPB, 2021.

VILELA DMOC, ROSSI TRA, CHAVES SCL. Financiamento Federal da Política Nacional de Saúde Bucal em 2020. Observatório Análise Política em Saúde. Eixo Análise de Políticas de saúde bucal no Brasil. 2020.