



Dezembro 2021

NOTA TÉCNICA

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

Diana Carolina Ruiz – Doutoranda Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA
Ana Carolina Oliveira Peres – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL
Daniela Lemos Carcereri – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Sumário executivo

Ainda que seja possível mencionar importantes avanços setoriais ocorridos nas duas últimas décadas, a saúde bucal (SB) 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 tais como os Planos de Saúde Acessíveis (Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016) e a implantação 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 a condições básicas (GARCIA, 2019), que dirá à saúde bucal, que, a cada ano, se torna mais reduzida na agenda de governos liberais. A publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - Portaria nº 2.436/2017), da nova política de financiamento da Atenção Básica (AB) - Previne Brasil (Portaria nº 2979/2019), da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS, 2019b) e a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei 13.958/2019) erigiram 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 com agenda de orientação liberal privatista se intensificou o desfinanciamento do SUS, particularmente da 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 das equipes.

Esse é o cenário que, sobreposto pela situação sanitária da pandemia de covid-19, se estende desde março de 2020, desafiando 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.

A nota técnica tem o objetivo de apresentar um breve panorama histórico da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS, com especial ênfase às ações relacionadas com a APS-ESF, e discutir os principais avanços, ameaças e desafios atualmente enfrentados, além dos efeitos das políticas em curso, caracterizando os retrocessos na consolidação do direito à saúde bucal para o exercício pleno da cidadania. Defende a Estratégia Saúde da Família como modelo para a organização da APS no Brasil e, por isso, sempre virá citada com hífen APS-ESF.

Este texto foi escrito 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, 2021, p.1). Sob o olhar da SBC, a saúde bucal transcende a prática clínica odontológica, uma vez que implica construções sociais singulares envolvidas em cada situação de saúde (NARVAI, 2001).

Breve panorama histórico da implantação 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 (RSB), envolveram a luta de trabalhadores, dirigentes, professores, estudantes e da população em geral, comprometidos com a luta pela saúde bucal como direito de cidadania (NARVAI E FRAZÃO, 2008).

Os relatórios finais da 1ª e 2ª 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 RSB 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 proposta pelas políticas da área até então 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 se integra ao SUS e começa a ampliar seu escopo de atuação. Em 2000 foi publicada a Portaria 1444/2000, que estabeleceu um incentivo financeiro para a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no então Programa de Saúde da Família - PSF (Brasil, 2000).

Em 2003, foi realizada a 3ª CNSB com o tema geral ‘Acesso e qualidade superando a exclusão social’, que rediscutiu as proposições das conferências anteriores e se dedicou a indicar caminhos para promover à população brasileira

o acesso à saúde bucal. As discussões da 3ª CNSB foram a base fundamental para a formulação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, publicada em 2004 (TAVARES et al, 2020).

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 no SUS por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses; (3) ampliação da fluoretação das águas; (4) e vigilância em saúde bucal mediante monitoramento de indicadores e estudos epidemiológicos periódicos (Brasil, 2004; Chaves et al., 2017).

Desde sua publicação, a PNSB 2004 contribuiu para o processo de reorganização, ampliação e consolidação da APS-ESF 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, baseado no cuidado integral da saúde com equipes multiprofissionais, também tem permeado o processo de trabalho em saúde bucal, ainda que persistam grandes desafios nesse aspecto (BARROS, MEDINA, CARCERERI, et al, 2016; PUCCA JÚNIOR et al, 2020).

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 implantar 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 ampliação do acesso envolveu também 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 desses profissionais na ESB (BRASIL, 2008).

Além disso, os profissionais da ESB participaram de estratégias de qualificação da APS-ESF tais 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 para a qualificação do cuidado em saúde bucal.

O processo de implantação e qualificação do processo de trabalho em saúde bucal no SUS, e especificamente na ESF, tem gerado importantes resultados. No entanto, é um processo ainda em desenvolvimento, sob graves ameaças nos últimos anos.

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 2016 (Narvai, 2020a). Nesse período, o Brasil teve seis diferentes coordenadores de saúde bucal, sendo quatro mudanças somente durante o governo Bolsonaro; a última coordenadora foi exonerada em 1/11/2021 e, o novo Coordenador-Geral de Saúde Bucal foi nomeado em 22/12/2021.

Entre 2017 e 2021, o Ministério da Saúde (MS) sofreu seis mudanças de ministros da saúde. Tais mudanças, por si, são suficientes para promover a falta de coordenação nacional e fragilizar técnica e politicamente a gestão setorial, crucial para o apoio aos estados e municípios na tomada de decisões, particularmente face aos desafios do cenário pandêmico. O Quadro 1 registra o cenário de mudanças no Ministério da Saúde no período entre 2016 e 2021.

Quadro 1. Mudanças na Coordenação da Área de Saúde Bucal no Ministério da Saúde entre os anos de 2016 a 2021.

Presidente	Ministro da Saúde	Coordenador da área de saúde bucal	Período na coordenação	Profissão
Michel Temer	Ricardo Barros	Ademir Fratric Bacic	17/11/2015 - 28/7/2016	Cirurgião-dentista
Presidente em exercício: de 12/05/2016 a 31/08/2016				
Presidente da República: de 31/08/2016 a 31/12/2018				
Michel Temer	Ricardo Barros	Patrícia Lima Ferraz	5/8/2016 - 13/12/2016	Cirurgião-dentista

Michel Temer Jair Bolsonaro Presidente da República : de 01/01/2019 – atual	Ricardo Barros Gilberto Occhi Luiz Henrique Mandetta	Lívia Almeida Souza Maria Coelho de Souza	6/1/2017 - 23/1/2019	Cirurgiã-dentista
Jair Bolsonaro	Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich Eduardo Pazuello	Rogéria Calastro Cristina de Azevedo	19/6/2019 - 17/6/2020	Cirurgiã-dentista
Jair Bolsonaro	Eduardo Pazuello	Vivaldo Pinheiro Guimarães Júnior	17/6/2020 – 29/7/2020	Promotor de eventos
Jair Bolsonaro	Eduardo Pazuello Marcelo Queiroga	Caroline Martins Jose Dos Santos	21/8/2020 – 1/11/2021	Cirurgiã dentista, Servidora Pública do MS
Jair Bolsonaro	Marcelo Queiroga	Wellington Mendes Carvalho	22/12/2021 até o momento.	Cirurgião dentista sanitaria

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras.

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

Este tópico está organizado de modo a apresentar inicialmente os avanços e, em seguida, as ameaças e desafios relativos às seguintes dimensões: processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal na APS-ESF, 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 vínculos laborais em saúde bucal.

Processo de trabalho da Equipe de 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 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 de as políticas de saúde bucal, desde o período anterior ao SUS, serem focadas na atenção a escolares, as ESB têm assumido, 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 o planejamento e a 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 equipado apenas com a equipe mínima de 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, ao contrário do que é vivenciado atualmente, torna-se essencial a ampliação e fortalecimento das equipes NASF.

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. Dessa forma, deixam de realizar ações coletivas tais como ações de diagnóstico e tratamentos não invasivos de doenças bucais, que permitem a ampliação do acesso e trazem benefícios a médio e longo prazos para a população (REIS, et al, 2021).

Pesquisas indicam 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 dificuldades e, muitas vezes, 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 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, ao acesso à saúde bucal pública de qualidade, universal e integral.

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 ou 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 ESF e com instituições de ensino da área adscrita em que 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, 2020; RUIZ e MARTUFI, 2019).

A cada ano, vimos reduzir o percentual de horas e atividades a serem destinadas a ações de prevenção, reuniões de equipe e visitas domiciliares, reforçando o modelo da chamada odontologia de mercado em detrimento do 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, têm-se 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, 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, p. 02) “orientações setoriais são importantes para apoiar as práticas cotidianas, particularmente em situações de exceção. Mas, nesse 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 e Santos (2020) salientam o subaproveitamento do profissional CD na linha de frente do combate ao coronavírus citando quatro ações que esse profissional poderia desempenhar: 1) contribuir com a gestão, capacitação e manipulação de EPI; 2) realizar o teste RT-PCR; 3) diagnosticar e fazer intervenção medicamentosa dos casos de síndrome gripal, já que possuem hábito e respaldo técnico para diagnosticar e prescrever um 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”(p.10).

A realidade descrita acima revela um centro de tensão presente entre equipes e gerentes ou gestores, pois uma das principais preocupações nesse momento de pandemia é que as ESB desenvolvam processo de trabalho exclusivamente voltado ao atendimento da demanda espontânea e atendimento de urgências e emergências. Portanto, a ameaça de um retrocesso do modelo de cuidado desconectado da ESF deve ser considerada.

O modelo adotado durante a pandemia implicou, segundo Lucena et al, 2021, redução no acesso aos serviços de saúde bucal. Os autores estudaram o acesso à saúde bucal na atenção básica antes, de janeiro a abril de 2019, e após o início da pandemia de covid-19 no Brasil, de janeiro a abril de 2020, e verificaram redução à metade do número de 1ª consulta odontológica programada, de cerca de quatro milhões para cerca de dois milhões de consultas. Verificaram também a redução no número de consultas por abscesso dentário, de cerca de 138 mil para 92 mil, e de consultas por dor de dente, de 1.800 mil para 1.100 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 tais como a participação na identificação dos problemas dos grupos populacionais do território sob responsabilidade do seu serviço de saúde, e atuando em equipes interprofissionais e intersetoriais (AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

Como desafio às ESB, ressalta-se a resignificação do trabalho em saúde bucal em tempos de pandemia com base nos quatro eixos de intervenção da APS propostos por Medina et al (2020): 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 passíveis de serem realizadas como práticas de vigilância à saúde nos territórios envolvendo “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”. (p.02)

O eixo voltado ao suporte social a grupos vulneráveis, segundo as autoras, “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”. (p.02)

Já o eixo relativo à 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”. (p.02)

Para o eixo Atenção aos usuários com covid-19, propõe-se 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.

Estudo realizado no estado de Santa Catarina no âmbito da rede colaborativa de pesquisa em saúde bucal coletiva da região sul do Brasil (RSBC Sul), indica que o estado apresenta força de trabalho capacitada e experiente para lidar com a pandemia da covid-19, o que contribui para a reelaboração de políticas de saúde bucal (SPIGER, et al).

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 à 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, i.e., 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 indicadores de (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 a (1) Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF); e a (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 a seguir retrata um período de avanços entre os anos de 2007 a 2011, 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 nº 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 nº 5 de 2013 definiu três indicadores de saúde bucal para o triênio 2013-2015 (Tabela 2). Embora essa 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, contrariamente ao 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” (SILVA, GRAZIANI, DIETERICH, 2020, p.70), similar à “Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais”, que fazia parte da lista de indicadores do Pacto de Atenção Básica no período de 2002 a 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, P.02).

Com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), três ciclos foram instituídos pelo Ministério da Saúde, em 2011, 2013 e 2015. O PMAQ-AB foi construído coletivamente por atores da academia e dos serviços e foi considerado inovador. Dentre 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)

Cabem ser destacados também os importantes resultados de qualidade da atenção em saúde bucal 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 e 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 e 2014, participaram 19.946 ESB, i.e., 85,79% das ESB que estavam implantadas nesse período (23.251 ESB). No final desse ciclo, 1.832 ESB (9,18%) foram desqualificadas ou tiveram resultados insatisfatórios no programa, mas a maioria apresentou bom desempenho. Pesquisa utilizando os dados da fase de avaliação externa desse segundo ciclo evidenciou que a maioria das ESB monitora e analisa indicadores de saúde bucal (66,4%) e organiza seu processo de trabalho considerando os dados dos sistemas de informação (79,8%), riscos e vulnerabilidades (78,4%), além das auto avaliações (71,4%). A metade das equipes realiza 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 continham maior número de equipes com melhores resultados na avaliação externa do PMAQ (SANTOS et al., 2019).

O terceiro ciclo do PMAQ-AB foi 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. Dentre 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, quando houve a redução para três 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 (BRASIL, 2019a).

O programa instituiu um novo modelo de financiamento da Atenção Básica, tendo como único indicador para a saúde bucal a 'Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado'. (BRASIL, 2019a).

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 (2006b), 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

A nova PNSB, intitulada Brasil Sorridente, implantada em 2004, implicou uma importante ampliação da oferta de atenção em saúde bucal na APS-ESF, na proporção de aproximadamente 500% no número de ESB implantadas. Enquanto, em 2002, estavam implantadas somente 4.261 ESB, em 2017 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, de 35,4% em relação a 2006 (20.424 ESB). Essa desaceleração na implantação de ESB continuou na década de 2010, sendo que 24.243 ESB estavam implantadas em 2014, 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. 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, um aumento de 6,23% em comparação ao ano anterior. Em 2018, estavam implementadas 28.050 ESB e em 2019, 28.991 ESB, i.e., 941 equipes a mais do que em 2018, representando 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: de 13,1% em 2003; 12,5% em 2006; 13,6% em 2010; 12,8% em 2014; e de 14,6% em 2015 (CHAVES et al., 2017). De maneira preocupante, a partir de 2016, esse indicador apresenta redução ano a ano: de 10,5% em 2016; 8,3% em 2017; 4,9% em 2018; 4,1% em 2019; e de 1,7% em 2020. 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, embora tal mudança, por si só, não explique totalmente a redução. (CHAVES et al, 2019).

Uma das possíveis explicações reside na priorização da livre demanda, ou consultas no dia, em detrimento das consultas odontológicas programadas, comprometendo, assim, a operacionalização da ESF. Reis et al (2021) estudaram o impacto da cobertura da ESF sobre os indicadores de SB de 90 municípios da região nordeste do estado de São Paulo entre os anos de 2014 e 2017. A consolidação de dados secundários do e-gestor e do DATASUS revelou diminuição das coberturas de SB no período estudado, destacando a queda de cobertura pelo modelo tradicional. O estudo evidenciou 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 APS-ESF (Narvai, 2020). A indução federal para inserção de ESB no então PSF, implantada 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 a atenção básica em saúde bucal e, em 2006, houve um reajuste de 20% no valor repassado aos municípios para implantação de ESB.

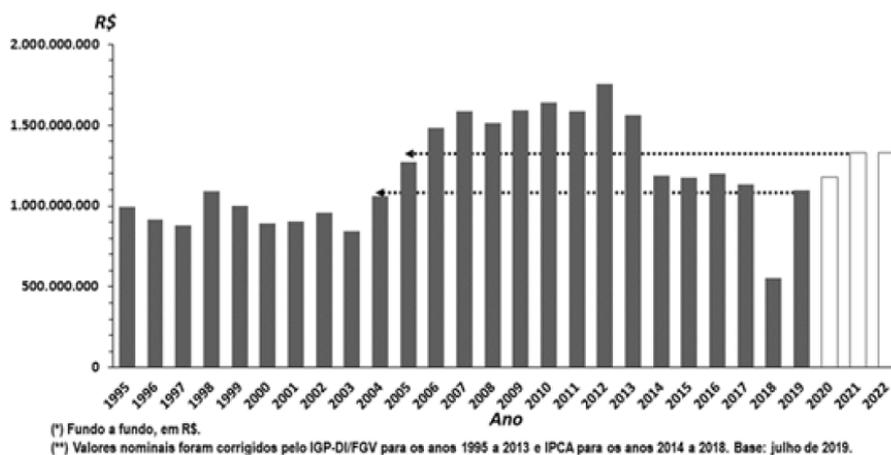
Em uma análise da série histórica dos valores do repasse da União para a saúde bucal no SUS para custeio e investimento, a partir dos dados disponíveis no Fundo Nacional da Saúde entre 2003 e 2017, encontrou-se que, durante todo o período, o repasse para SB na atenção básica foi maior do que para a atenção especializada em SB. O montante de recursos para a saúde bucal na atenção básica foi sendo incrementado de 2003 a 2012: R\$180,7 milhões em 2003;

R\$688,2 milhões em 2006; R\$831,6 milhões em 2009 e R\$1.071,6 milhões em 2012. Isso corresponde aos dois períodos do governo Lula e à primeira parte do primeiro governo Dilma. Destaca-se que o grande aumento do repasse no período 2003-2006 corresponde à crescente implantação de ESB no PSF e à implantação inicial da PNSB. Em 2013, houve uma queda de R\$881,5 milhões no repasse de recursos e, entre 2013 e 2016, esses valores não sofreram grande variação, totalizando R\$880,9 milhões em 2014 e R\$909,2 milhões em 2016. Em 2017, houve novamente uma redução, de R\$829,9 milhões, que se acentuou muito em 2018, para R\$541,7 milhões (ROSSI et al., 2019).

Em 2019, o repasse continuou se reduzindo segundo dados do FNS, para R\$512,2 milhões, embora, nesse ano, os dados não correspondam aos publicados no e-Gestor AB, que informa R\$920 milhões. O valor do repasse em 2020 foi de R\$888,5 milhões, uma redução de 3,42% no financiamento da saúde bucal na atenção básica em 2019, segundo dados do e-Gestor AB (VILELA, ROSSI e CHAVES, 2020; CHAVES, VILELA e ROSSI, 2019).

A figura 1 (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, p.182), 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, a implantação das ESB e a cobertura de primeira consulta odontológica demonstram que, na última década, a atenção à saúde bucal na APS-ESF tem se fragilizado, levando a que uma menor porcentagem da população consiga ter acesso a esse tipo de serviços no SUS (ROSSI et al., 2019).

Essa problemática pode se tornar ainda mais dramática nos próximos anos em razão das mudanças no financiamento do SUS que vêm sendo implantadas nos últimos cinco anos. O teto de gastos estabelecido por meio da Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, e a implantação do Programa Previne 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, à universalidade da atenção e para a lógica da ESF (NARVAI, 2020).

O Previne Brasil prevê que o custeio da APS seja realizado por meio de três componentes: 1) Capitação ponderada, que depende do número de usuários cadastrados na USF e considera sua vulnerabilidade econômica 2) Pagamento por desempenho, pelo qual o município deve alcançar algumas metas em indicadores definidos para receber o incentivo financeiro por equipe. No caso da saúde bucal, somente foi priorizado o indicador ‘Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado’. 3) Incentivos a programas específicos ou estratégicos, como, por exemplo, 50% do Programa de Saúde na Escola, 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, nessa nova modalidade de financiamento, os municípios não terão a certeza do repasse que receberão, o que pode ameaçar a continuidade da oferta de serviços de APS.

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

Rede de atenção em saúde bucal

A implantação de 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, visando 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 por meio da implantação dos Centros 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, os estudos realizados em Santa Catarina têm evidenciado 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 – como a 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, e não realização de levantamentos epidemiológicos periódicos com a população do território para planejamento das ações (GODOI et al., 2014; MELLO et al. 2014).

Também foi identificada falta de recursos materiais, espaço físico e equipamentos, escassez de profissionais de saúde com uma carga horária adequada de 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; 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). Estudo realizado no Distrito Federal descreveu a importância da construção da rede de atenção à saúde bucal para a ampliação do acesso e oferta de ações e serviços de saúde bucal com qualidade, reiterando a potência da RASB no SUS (Basso et al, 2019).

Vínculos laborais 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. Essa 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, esse avanço se deu de modo parcial e desigual. O SUS tornou-se um grande empregador na área da saúde, embora, ao longo do tempo, tenha incorporado 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 ESF, são mais vulneráveis 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, podem-se destacar: redução do número de concursos efetivos por processos seletivos temporários, 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. Rosa et al (2019), analisando dados do ciclo do PMAQ-AB, informam que apenas 44,1% das 17.117 ESB estudadas possuíam cirurgiões-dentistas com vínculo estatutário. Dentre 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 à atenção para o processo de não reconhecimento e desvalorização simbólica do trabalho e do trabalhador, que afetam 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 do 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 por meio, sobretudo, da terceirização. Vivenciou-se também a inclusão das instituições não estatais, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e fundações de apoio, entre outras na gestão e prestação de serviços no SUS (PAIM, 2018; MENEZES et al, 2019).

Druck (2016) ressalta 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 por parte da administração pública, a existência de subcontratação

em cadeia, ou dupla terceirização, e a transferência do patrimônio público, incorporado nos 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.

Esses diferentes cenários contribuem para a deterioração das condições de trabalho. Resignificou-se o sentido do trabalho em saúde, subordinando-o a interesses alheios ao processo de cuidado e atrelando-o 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 implantação da PNSB no SUS com foco nas ações desenvolvidas na APS-ESF demonstrou forças 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 tal qual descrito por Narvai (2020, p.183), “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, propomos uma série de recomendações para uma agenda de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal, da Estratégia Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde e do direito universal à saúde:

- Defender a PNSB como política de Estado
- Organizar a 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal
- Realizar o SBBrasil 2020
- Financiar de forma adequada a PNSB e o SUS em geral
- Fortalecer o processo de mudança do modelo de atenção conforme os princípios da ESF; 1ESB:1ESF
- Ampliar a fluoretação da água e qualificar sua vigilância sanitária
- Recuperar o parâmetro de carga horária para todos os profissionais da ESB juntamente com os demais profissionais da ESF
- Retomar e ampliar o NASF
- Reestruturar o programa de avaliação e monitoramento da APS-ESF com indicadores de saúde bucal consoantes à PNSB
- Fortalecer a coordenação nacional da área saúde bucal
- Ampliar a RASB – ESB, CEO, Odontologia Hospitalar, UPA e Laboratórios de Próteses
- Articular a RASB com as demais redes temáticas
- Resignificar o trabalho em saúde bucal em tempos de pandemia com base nos quatro eixos de intervenção da APS: 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
- Incorporar inovações no processo de trabalho por meio das TIC
 - Garantir espaços para educação permanente, formação das ESB para o SUS e financiamento para a pesquisa na área de SBC
 - Implantar o plano de carreira nacional para os trabalhadores do SUS
 - Resistir coletivamente ao processo de privatização da APS-ESF.

Referências

ABRASCO GT Saúde Bucal Coletiva SBC. GT Saúde Bucal Coletiva. [Acessado 15 agosto 2021]. 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.

BASSO, M.B. et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 06 [Acessado 6 Julho 2021], pp. 2155-2165. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lss5FbmvPpX8dkkWPZDnXWP/?format=pdf&lang=pt> >

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

BRASIL. 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.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela saúde 2006 vol 4. Ministério da Saúde. 2006. [Acessado 28 julho 2021] Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf >

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal Caderno de Atenção Básica, nº 17. Brasília (DF); 2006b

BRASIL. 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;

BRASIL. 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

BRASIL. 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

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 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.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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

BRASIL. 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. 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). Versão profissionais de saúde e gestores - completa. Brasília: 2019b. [Acessado 05 setembro 2021] Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1MQ>>

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. [Acessado 12 setembro 2021] Disponível em: <<https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-874/>>

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. [Acessado 01 setembro 2021] Disponível em: <<https://redeaps.org.br/2020/05/11/o-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal-na-aps-em-tempos-de-pandemia/>>

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. [Acessado 01 setembro 2021]. Disponível em: <<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.

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. [Acessado 15 agosto 2021] 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. [Acessado 01 setembro 2021] Disponível em <<https://conhecimentolivres.org/wp-content/uploads/edd/2020/07/L.26.3-2020.pdf>> DOI <https://doi.org/10.37423/200500925>

LUCENA EHG, et al. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. Rev. Saúde Pública, 2020. 54-99. [Acessado 15 agosto 2021]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/99/pt/#>> <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075>

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. [Acessado 01 setembro 2021]. Disponível em: <<http://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.514>>

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>>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>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2003. 221-224. [Acessado 14 de janeiro 2022]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PNHrLNcSKKJ9vMM993BcrYn/?format=pdf&lang=pt>

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, CHINELLI F e CARNEIRO CCG. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA LV e DANTAS AV orgs. **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz. 2020. P. 93-112

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. Saúde bucal no SUS: rejeitar politicagem e priorizar a área. Jornal Odonto e Saúde Integral, junho, 2020 (a). Acesso em novembro de 2021. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/?p=3787>

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 [Acessado 15 agosto 2021]. Disponível em: <<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622>>

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.

PUCCA JUNIOR, G. A.; GABRIEL, M.; ALMEIDA CARRER, F. C. DE; PALUDETTO JUNIOR, M.; LUCENA, E. H. G. DE; MELO, N. S. DE. ACESSO E COBERTURA POPULACIONAL À SAÚDE BUCAL APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL “BRASIL SORRIDENTE”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. Pág. 29-43, 3 jul. 2020. [Acessado 21 setembro 2021]. Disponível em: <<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2629/1970>>

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. [Acessado 12 setembro 2021]. Disponível em <<https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/>>

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. [Acessado 01 setembro 2021]. 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.

SPIGER, V.; URIARTE NETO, M; MACIEL. MC; FRANKEN, T; FINKLER, M; COLUSSI, CF; CARCERERI, DL. Perfil e Processo de Trabalho de Cirurgiões-

Dentistas do Estado de Santa Catarina frente à Pandemia da covid-19. Braz Oral Res; v. 35, suppl 3, p.350. 2021. [Acessado 21 outubro 2021]. Disponível em: <http://www.sbpqo.org.br/hotsite2021/bor-v035-sbpqo-book.pdf>

TAVARES, S.S et al. O Brasil Sorridente aos olhos da 3 Conferencia Nacional de Saúde Bucal e da 16 Conferencia Nacional de Saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 14, p. 127-142, 2020. [Acessado 21 de setembro 2021]. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2658/1987>

TINANOFF N., et. al. Early childhood caries epidemiology, etiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. International Journal of Paediatric Dentistry, 29(3), 2019. [Acessado 15 agosto 2021]. Disponível em < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12484> >

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.