

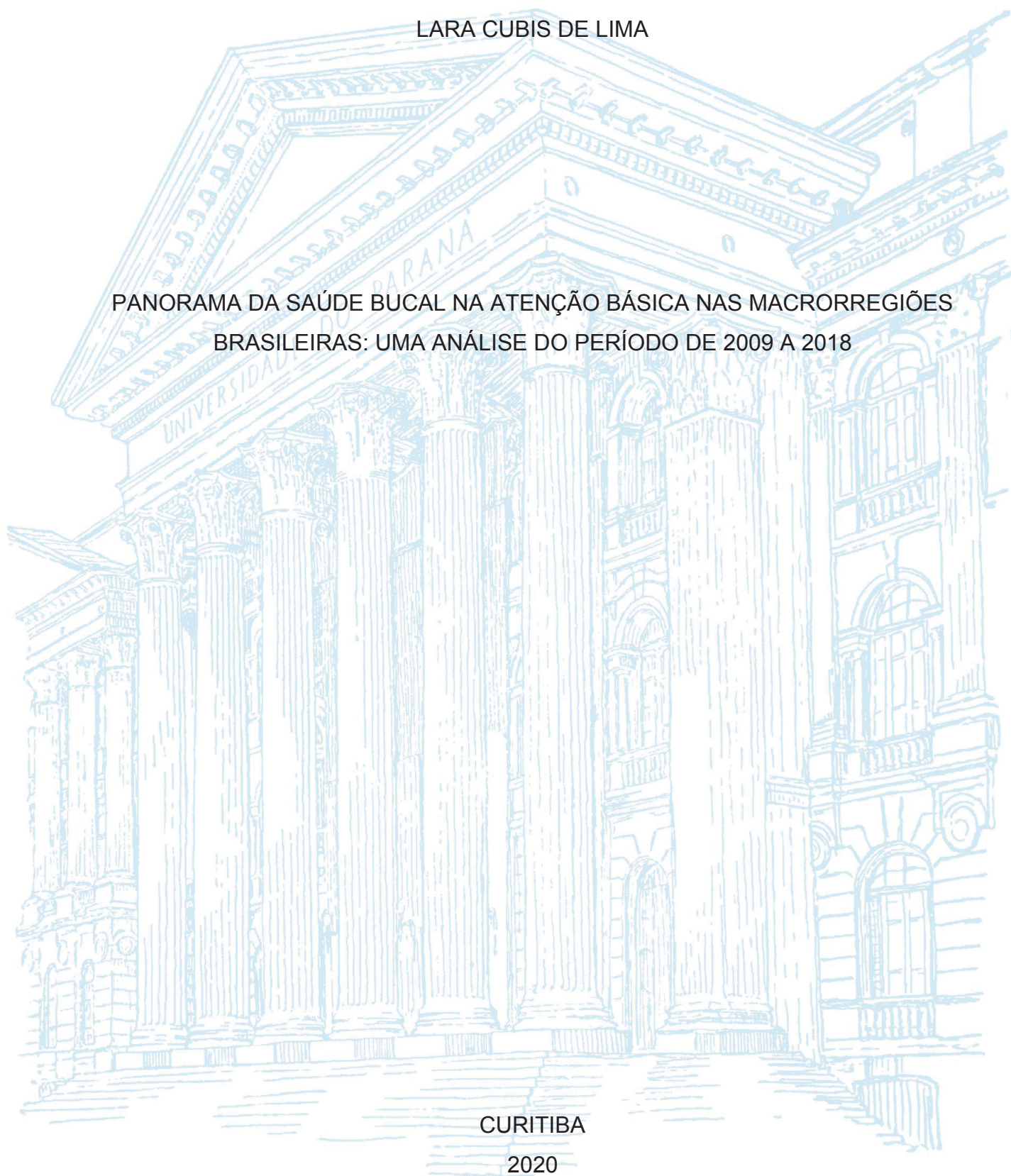
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LARA CUBIS DE LIMA

PANORAMA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NAS MACRORREGIÕES
BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DO PERÍODO DE 2009 A 2018

CURITIBA

2020



LARA CUBIS DE LIMA

PANORAMA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NAS MACRORREGIÕES
BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DO PERÍODO DE 2009 A 2018

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA

2020

L732 Lima, Lara Cubis de

Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras: uma análise do período de 2009 a 2018 [recurso eletrônico] / Lara Cubis de Lima. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Saúde bucal. 2. Financiamento dos sistemas de saúde.
3. Indicadores básicos de saúde. 4. Política de saúde.
I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos.
III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WU 113

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LARA CUBIS DE LIMA** intitulada: **Panorama da Saúde Bucal na Atenção Básica nas macrorregiões brasileiras: análise do período de 2009 a 2018**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

30/09/2020 16:34:50.0

RAFAEL GOMES DITTERICH

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

01/10/2020 13:48:12.0

MARILISA CARNEIRO LEAO GABARDO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Assinatura Eletrônica

30/09/2020 19:06:03.0

THAÍS REGIS ARANHA ROSSI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com
Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal [Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015](#).

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 54261

Para autenticar este documento/assinatura, acesse
<https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 54261

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho João, doce, inteligente, sensível, o melhor companheiro de caminhada da vida. Você me torna melhor sempre.

À minha companheira Alexandra Peixoto pela paciência e respeito durante a trajetória do mestrado. A pessoa que eu conheço que mais entende de economia e geopolítica. Aos colegas e agora amigos do mestrado Luiza Plentz, Denise Paulino, Juliano Mota, Pamela Weinhardt, Noélia Marinho, Cassiano Robert e Allana Bueno. Vocês fazem tudo ser melhor. Os muitos “filhos” que cabem em nosso coração.

Ao SUS. Esse jovem pelo qual lutamos todos os dias.

À Universidade Federal do Paraná que me proporcionou a minha formação na graduação e agora na pós-graduação. Espero poder retribuir lutando sempre por uma universidade pública, gratuita e para todas e todos.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, em especial ao meu orientador Rafael Gomes Ditterich e meu co-orientador Deivisson Viana.

Às professoras Thais Rossi e Marilisa Gabardo que participaram gentilmente da minha banca e que tanto contribuíram para evolução deste estudo.

Aos companheiros do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFPR). Vocês foram fundamentais.

À minha amiga e colega de trabalho no SUS, Jociene Pimentel que me incentivou a fazer o mestrado e tanto me ensinou e apoiou nesta caminhada. Eu não estaria aqui se não fosse você.

A todas as companheiras da militância do movimento feminista, Frente Feminista de Curitiba e Região Metropolitana e Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos que entenderam e acolheram a necessidade de me afastar. Em especial a Carmen Regina Ribeiro, feminista, socióloga, estrela-guia na luta pelo SUS, rebenta de carinho sempre.

Ao meu amigo tão amado Luiz Carlos Heleno, poeta, escritor, músico, homem genial que transborda minha vida e se deu ao trabalho de revisar minha escrita.

À Giuliana Rocio Albonetti, mulher incrível que eu admiro demais e sempre me lembrou da necessidade de eu reconhecer o privilégio que estou tendo em ter acesso a um programa de pós-graduação pela universidade pública.

E então, que quereis?

(...) Não estamos alegres,
é certo,
mas também por que razão
haveríamos de ficar tristes?

O mar da história
é agitado.
As ameaças
e as guerras
havemos de atravessá-las,
rompê-las ao meio,
cortando-as
como uma quilha corta
as ondas.

Vladimir Maiakóvski, 1927

RESUMO

Este estudo analisou o panorama da saúde bucal na Atenção Básica no período de 2009 a 2018 nas macrorregiões brasileiras. Para isto foram utilizados os indicadores de cobertura populacional de equipes de saúde bucal, Primeira Consulta Odontológica Programática e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada. Também foram analisados os repasses federais para saúde bucal na Atenção Básica para estados e municípios. Tratou-se de estudo retrospectivo baseado em pesquisa documental e dados secundários de base de dados do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional da Saúde. Embora a cobertura populacional por equipes de saúde bucal tenha se mantido em contínuo crescimento, a partir do ano de 2015 houve expressiva queda no desempenho dos outros indicadores analisados. O montante de recursos federais destinados ao financiamento tripartite das ações de saúde bucal para estados e municípios sofreu forte impacto após aprovação da Emenda Constitucional nº 95 em 15/12/16, principalmente no ano de 2018, afetado também pela mudança nos blocos de financiamento dada pela Portaria nº 3992 de 28/12/17. Após a segunda década do Sistema Único de Saúde, de 1999 a 2008, ter sido de expansão da saúde bucal com direcionamento e criação de políticas públicas para esta área, esperava-se que a década seguinte, de 2009 a 2018, seria um período de consolidação. No entanto o que se constata é a fragilização da área de saúde bucal e desmonte das políticas públicas.

Palavras-chave: saúde bucal, financiamento dos sistemas de saúde, política de saúde, indicadores básicos de saúde, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The present study analyzed the panorama of oral health in primary health care during the period from 2009 to 2018 in Brazilian macroregions. In order to do this the following indicators were used: populational coverage of oral health teams, Programmatic First Dental Appointment and Collective Action of Supervised Dental Brushing. On top of that federal transfers to oral health in primary health care for states and cities were also analyzed. It was a retrospective study based on documentary research and secondary data from Health Ministry and the National Health Fund's database. Even though the populational coverage indicators of oral health teams kept a continuous growth, since 2015 there's been an expressive decline in the performance of the other analyzed indicators. The sum of federal resources destined to the tripartite financing of the oral health actions for states and cities suffered a great impact after the approval of the Constitutional Amendment n° 95 in 15/12/16, specially in 2018, also affected by the change in financing blocks caused by the Ordinance n° 3992 from 28/12/17. After the Unified Health System's second decade, from 1999 to 2008, being of expansion of oral health with directing and creation of public policies for this area, it was expected that the following decade, from 2009 to 2018, would be a consolidation period. However, what's noted is the fragilization of the oral health area and dismantle of the public policies.

Keywords: oral health, health system financing, health policy, health status indicators, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – IMAGEM DA TELA DE ACESSO AO SITE DO DATASUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	34
FIGURA 2 – IMAGEM DA TELA DE ACESSO AO SITE DA SAGE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	34
FIGURA 3 – IMAGEM DA TELA DE ACESSO AO SITE DO FUNDO NACIONAL DA SAÚDE	35

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE eSB IMPLANTADAS NO PAÍS ENTRE MARÇO DE 2001 E 2018.....	37
GRÁFICO 2 – COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018	41
GRÁFICO 3– MÉDIA DE AÇÕES COLETIVAS DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA POR MACRORREGIÃO NO PERÍODO DE 2009 A 2018.....	44
GRÁFICO 4 – COBERTURA POPULACIONAL DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA POR MACRORREGIÃO NO PERÍODO DE 2009 A 2018	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – REPASSES FEDERAIS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS PARA AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO PERÍODO DE 2009 A 2018.....	40
TABELA 2 – EQUIPES DE SAÚDE BUCAL CADASTRADAS NO CNES NO PERÍODO DE 2008 A 2019	41
TABELA 3 – COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018.....	43
TABELA 4 – COBERTURA DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA NAS MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS NO PERÍODO DE 2008 A 2019	45
TABELA 5 – COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA NAS MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018	48

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	- Atenção Primária à Saúde
ASB	- Auxiliar de Saúde Bucal
CD	- Cirurgião Dentista
CDS	- Coleta de Dados Simplificado
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CNES	- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNSB	- Conferência Nacional de Saúde Bucal
COAP	- Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNSB	- Divisão Nacional de Saúde Bucal
eAB	- Equipe de Atenção Básica
EABP	- Equipe de Atenção Básica Prisional
eABSB	- Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal
eACS	- Equipe de Agentes Comunitários
EC	- Emenda Constitucional
EMAP	- Equipe Multidisciplinar de Apoio
EMSI	- Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EPEN	- Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário
eSB	- Equipe de Saúde Bucal
eSF	- Equipe de Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
ESFSB	- Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
FJP	- Fundação João Pinheiro
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
IPCA	- Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRPD	- Laboratório Regional de Prótese Dentária
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAB	- Piso de Atenção Básica
PEC	- Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIB	- Produto Interno Bruto
PITS	- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	- Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	- Programa de Saúde da Família
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RASB	- Rede de Atenção em Saúde Bucal
SAGE	- Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASUS	- Sistema de Informação Ambulatorial
SISAB	- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TSB	- Técnico em Saúde Bucal
UOM	- Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivo geral	18
1.2.2	Objetivos específicos.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	32
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS.....	57

1 INTRODUÇÃO

As doenças bucais, principalmente cárie e doença periodontal, constituem um problema de saúde pública em todos os países e tem sido apontadas por diversos autores como agravos de alta carga global (WATT et al., 2019; JIN et al., 2016), ou seja, de alta prevalência na população mundial. Apesar disto, a saúde bucal tem sido negligenciada nas políticas globais de saúde (PERES et al., 2019) e a prioridade de implementação de ações e serviços públicos é baixa (BENZIAN et al., 2001 apud por CHAVES et al., 2018).

No caso brasileiro, a área de saúde bucal obteve muitos avanços desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PUCCA JUNIOR et al., 2020; NARVAI, 2011; CHAVES et al., 2017). Alguns marcos se destacam como o incentivo financeiro dado pela Portaria nº 1444, de 28/12/2000 (BRASIL, 2000b) para a incorporação das equipes de saúde bucal (eSB) à Estratégia Saúde da Família (ESF), o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2000 denominado SB Brasil (BRASIL, 2004b) abrangendo diversos municípios de todo o país e variadas faixas etárias, e ainda a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, intitulada de Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a).

Os avanços ocorridos nas políticas públicas para saúde bucal resultaram em aumento expressivo no número de eSB na Atenção Básica e equipamentos de atenção secundária, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), em todo o país, com significativo incremento de repasse financeiro pelo governo federal ao longo dos anos (CARRER et al., 2019).

Este cenário se manteve no início da terceira década, período de 2009 a 2014, no entanto as políticas públicas na área da saúde, inclusive a bucal, começaram a sofrer reveses a partir de 2015 com a mudança no comando do governo federal. Em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 95 que estabelece teto de gastos para a saúde e educação por vinte anos (BRASIL, 2016a). Em 2017 foi publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2346 de 21/09/17, com significativas alterações na forma de organização deste nível de atenção (BRASIL, 2017a) e a Portaria nº 3992 de 28/12/17 que altera o financiamento e transferência de recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017b).

Para este estudo elegeu-se a análise com o recorte das macrorregiões brasileiras no período da terceira década de vigência do SUS, de 2009 a 2018, para

os indicadores de saúde bucal. Foram analisados também os repasses financeiros federais a estados e municípios do mesmo período, visando o possível impacto dado pelas alterações da EC nº 95/2016 e da Portaria nº 3992/2017.

O intuito foi analisar o panorama da saúde bucal nas macrorregiões brasileiras, segundo os indicadores propostos, após o período de expansão dado pela implementação das políticas direcionadas para o setor.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o panorama da saúde bucal na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no período de 2009 a 2018.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar a cobertura de equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018.
- Verificar o desempenho de indicadores de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018.
- Relacionar as alterações nas políticas públicas com impactos na saúde bucal no Sistema Único de Saúde no período de 2009 a 2018.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A inserção da saúde bucal em um sistema público de saúde conforme implementada no SUS, principalmente obedecendo aos mesmos critérios de universalidade e integralidade, é inédita no mundo. Outros países com sistemas públicos de saúde possuem coberturas parciais para determinadas parcelas da população com predominância de serviços privados (CHAVES et al., 2018) e alguns abrangendo co-pagamento (MOYSÉS, 2014; FRANCO, 2017).

A construção do SUS como primeiro sistema de saúde público de acesso universal no Brasil ocorreu em um cenário de redemocratização do país e este fato foi determinante de diversas formas em sua configuração. O momento político favoreceu que pontos pautados por movimentos sociais envolvidos nas Conferências de Saúde, principalmente a 8ª Conferência realizada em 1986, fossem contemplados no texto constitucional de 1988 (BRASIL, 1988a).

No entanto, se o SUS foi criado em um momento favorável, o mesmo não pode ser dito dos anos seguintes. Scatena e Tanaka (2001) refletem que o SUS foi inicialmente regulamentado apenas em 1990, dois anos após a Constituição, ao serem sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8080 e nº 8142 (BRASIL, 1990a, 1990b) e que o país já se encontrava em outro momento político mais suscetível a interesses não alinhados àqueles que conceberam os ideários da Reforma Sanitária.

Em 2018 o SUS completou 30 anos. É fundamental compreender que o SUS, entendido como uma política pública de saúde, da área social, teve avanços e retrocessos neste período, conforme as políticas governamentais vigentes. Segundo Chaves (2016, p. 24):

O ciclo da política pública é considerado um processo dinâmico e histórico. A principal contribuição dessa abordagem foi permitir ver que o curso da política não é um processo linear. Cada etapa tem dinâmica própria com diferentes influências dos agentes governamentais e não-governamentais, das instituições envolvidas, bem como da conjuntura política e econômica.

Desde a criação do SUS o país teve sete diferentes governantes: José Sarney (1985 a 1990), Fernando Collor de Mello (1990 a 1992), Itamar Franco (1992 a 1995), Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003), Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011), Dilma Rousseff (2011 a 2016) e Michel Temer (2016 a 2018). É importante ressaltar

este fato, pois um sistema público de saúde não se constrói em pouco tempo, ainda mais considerando as dimensões geográficas e populacionais de um país como o Brasil.

O país tem passado por instabilidades políticas nas últimas décadas em que o projeto econômico e social tem se alternado. A própria promulgação da nova Constituição Federal, e com ela o SUS, se deu em um período de redemocratização, mas ainda com eleição presidencial indireta na qual foi vencedor um governante que não assumiu. Com a morte do presidente eleito, Tancredo Neves, assume seu vice, José Sarney. Na eleição seguinte, já em eleição direta após décadas de ditadura militar, elegeu-se Fernando Collor de Mello que permaneceu no governo por apenas dois anos ao sofrer impeachment. Seu vice, Itamar Franco, termina o mandato em 1995 quando foi eleito Fernando Henrique Cardoso, um governo alinhado com interesses privatistas que pouco avançou em políticas sociais e que durou por oito anos.

Segundo Rossi (2018, p. 36) pode-se elencar quatro momentos importantes para a construção das políticas de saúde bucal no período de 1989 a 2004. Em 1989 foi publicada a primeira PNSB (BRASIL, 1989), em 1991 a inclusão de procedimentos coletivos para a saúde bucal na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) com fixação de valores de repasse financeiro para tal, em 2000 a inclusão da saúde bucal no então Programa Saúde da Família (PSF) e em 2004 o lançamento da PNSB intitulada Brasil Sorridente.

A PNSB de 1989 teve um curto período de vigência. No ano seguinte de sua publicação foi sobrepujada por outras ações que a levaram ao ostracismo com a troca no comando do governo federal e conseqüente mudança no comando da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), ainda um órgão do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS).

Embora o movimento de Saúde Bucal Coletiva tenha sido atuante durante o processo da Reforma Sanitária e tenham sido realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), nos anos de 1986 e 1993, na primeira década após a criação do SUS, de 1988 a 1998, a pauta da saúde bucal não teve ênfase significativa nas políticas públicas. Segundo Moysés (2014, p. 624) “do ponto de vista da implementação de práticas inovadoras na arena institucional pública, pouco se avançou nos anos 90”, fato este corroborado por Narvai e Frazão (2008) ao dizer que

as ações de saúde bucal tiveram “baixíssima prioridade” seguindo irrelevante durante os anos 90.

No ano 2000 por meio da Portaria nº 1444 o governo federal determinou o repasse de incentivo financeiro para estados e municípios que implantassem eSB vinculadas a equipes de saúde da família (eSF) por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável (BRASIL, 2000b). O cadastramento deveria ser de uma eSB para cada duas eSF. Essa iniciativa deu início a uma fase de rápida e significativa expansão da saúde bucal na Atenção Básica.

Em 2003 assume o novo presidente eleito Luiz Inácio Lula da Silva. Um governo alinhado a pautas progressistas e a movimentos sociais. Segundo Narvai (2011):

Talvez a decisão estratégica de maior relevância do governo Lula, na área de saúde bucal, tenha sido acolher e fazer suas as proposições democráticas – até então sistematicamente recusadas, enquanto conjunto, por todos os governos federais, de José Sarney (1985-1990) a Fernando Henrique (1995-2002)

Principalmente a partir de 2003 a saúde bucal passou a ser contemplada e a ganhar maior força dentro das normativas legais e estruturantes do SUS. A Portaria nº 673 de 2003 revisou o critério estabelecido pela Portaria nº 1444/2000, que era do cadastramento de uma eSB para cada duas eSF, para a proporção de um para um, uma eSB para cada eSF (BRASIL, 2003).

Ainda no ano de 2003 foi publicado o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal de base nacional que contemplou diversas faixas etárias em zonas rurais e urbanas de municípios de pequeno, médio e grande porte de todo o país. Este levantamento ficou conhecido como SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b) e foi fundamental para estabelecer políticas públicas fundamentadas nos problemas de saúde bucal da população brasileira. O próximo levantamento epidemiológico nos mesmos moldes foi realizado na década seguinte sendo chamado de SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012b).

Cabe salientar que embora tenham sido realizados dois levantamentos anteriores, nos anos de 1986 e 1996, eles se limitaram a uma parcela da população. O primeiro levantamento epidemiológico realizado no país foi no ano de 1986 e abrangia 16 capitais elegidas de modo a representar as cinco macrorregiões brasileiras estando, portanto, restrito a zona urbana, com determinadas faixas etárias (6 a 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 50 a 59 anos) contemplando questões

relativas à cárie dentária, doença periodontal, necessidade de prótese total e renda familiar (BRASIL, 1988b). O levantamento seguinte ocorreu em 1996 e se restringiu à cárie dentária em escolares (6 a 12 anos) das 27 capitais e Distrito Federal (BRASIL, 1996).

Em 2004 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e instituídas as Diretrizes Nacionais da PNSB denominadas de Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a). Pela primeira vez no país estavam sendo pautadas ações para a atenção de média e alta complexidade na área de saúde bucal pela estruturação de Centros de Especializadas Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

A saúde bucal teve protagonismo no Plano Nacional de Saúde de 2004, aprovado pela Portaria nº 2607 de 10/12/2004 (BRASIL, 2004d). A proposta era de ampliar para 18 mil o número de eSB até 2007. Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde o número de eSB no ano de 2007 no país era de 15694 chegando a 17807 no ano seguinte. Ressaltava-se também nas normativas legais a mudança do modelo de atenção, antes baseado em ações individuais, segmentadas e curativistas, para outro modelo com foco na promoção de saúde, prevenção e reabilitação com integralidade do cuidado articulado com equipes multiprofissionais.

Os anos subsequentes tiveram constante aumento do número de eSB e de incremento financeiro por parte do governo federal para a área de saúde bucal. Em 2010 as eSB estavam presentes em 87% dos municípios brasileiros (NARVAI, 2011). Segundo avaliação de Chaves et al. (2019) em 2015 a cobertura populacional por eSB era de 40,3% totalizando 24467 equipes no país. Nesse mesmo ano, segundo ainda dados destes pesquisadores, o repasse federal para estados e municípios foi de R\$ 1.143.631.782,32 (valor corrigido pelo IPCA). Comparativamente no ano de 2003 a cobertura populacional era de 20,5% e o repasse foi de R\$ 191.549.053,10 (valor corrigido pelo IPCA).

É inegável o avanço ocorrido em termos de cobertura populacional e aporte de financiamento. No entanto, há vieses a serem considerados.

De acordo com Rossi et al. (2018) a área de saúde bucal representou no ano de 2017 a 1,63% do total de repasses de recursos financeiros federais feitos pelo Fundo Nacional da Saúde. No período pesquisado pelos autores, de 2003 a 2017, o maior percentual se deu no ano de 2012 perfazendo 1,78%. Portanto, embora seja

inegável o aumento do volume de recursos federais para a saúde bucal repassados a estados e municípios, o percentual de participação no orçamento geral do SUS é historicamente baixo.

A despeito do crescimento da cobertura populacional por eSB, apenas a macrorregião Nordeste atingiu a meta proposta de 40% pelo Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011 (PINHO et al., 2015). E mesmo considerando o período atual, anos de 2018 e 2019, apenas a macrorregião Centro-Oeste, além da Nordeste que já o havia feito anteriormente, alcançou a cobertura de 40%. A média de cobertura para o país foi de 39,7% em 2018. Vale ressaltar que a proporção de um para um, de eSB para eSF, dada em 2003 pela Portaria nº 673 nunca se efetivou.

Pesquisa documental realizada por Parro e Guerrero (2016) sobre as normativas legais relacionadas ao tema da saúde bucal no SUS menciona que o arcabouço legislativo deste tema se encontra no grupo de normas infralegais, não sendo pautado diretamente em leis federais e sim em portarias ministeriais restritas a atos administrativos do poder executivo. Este fato expõe a fragilidade da saúde bucal como política de estado.

O panorama favorável perdurou até o ano de 2016 quando a presidente Dilma Roussef foi deposta por um golpe orquestrado por forças conservadoras presentes dentro e fora do aparato estatal. Após sua saída o governo federal passou a ser comandado pelo vice-presidente Michel Temer, político alinhado a um projeto que não havia sido escolhido pela maioria da população brasileira durante o processo eleitoral. Embora Michel Temer tenha sido eleito como vice-presidente na composição de chapa com Dilma Roussef, para entender a drástica mudança ocorrida na condução das decisões políticas do governo federal, basta analisar as alterações que aconteceram no SUS desde então.

Pouco menos de quatro meses após Michel Temer assumir a presidência da República foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 95 que estabeleceu teto para os gastos públicos do governo federal por 20 anos, afetando severamente setores de seguridade social como o SUS. Se por um lado movimentos sociais e entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) se posicionaram veementemente contrários a sua aprovação, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, a comemorou publicamente.

O tema do subfinanciamento do SUS sempre emerge nas discussões de saúde coletiva. O Brasil investe em média 3,8% do PIB em recursos públicos para a saúde, enquanto outros países com sistemas públicos o percentual varia entre 6% a 10%, como 7% na Itália, 9% na França e de 7,6% no Reino Unido (FIGUEIREDO et al., 2018; PIOLA et al., 2013).

Mendes, Carnut e Guerra (2017) ao analisar o orçamento federal destinado ao SUS após a EC nº 95 afirmam que:

Tudo isso demonstra que o subfinanciamento federal não resolvido ao longo da implementação do SUS se intensificará. Como dois terços das despesas do MS são transferências para estados, municípios e Distrito Federal, os efeitos dessa limitação financeira imposta pela EC 95 foi sentida também pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O financiamento do SUS sempre foi objeto de discussão desde sua criação. A destinação de 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde previsto no texto constitucional não se efetivou. Apenas no ano de 2000 foi aprovada a EC nº 29 que determinava percentual a ser aplicado em saúde pública pelas três esferas de governo. Os percentuais mínimos de vinculação orçamentária estipulados foram de 15% para os municípios, 12% para os estados, e para a União a correção do montante aplicado no ano anterior atrelado a variação do PIB. Na dinâmica de discussão da composição do orçamento críticas foram feitas a não vinculação de percentual a ser investido pela União.

Segundo Campelli e Calvo (2007) até a aprovação da EC nº 29 “não havia parâmetro legal que obrigasse os estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área de saúde”. A partir daí houve aumento progressivo na participação destas esferas no financiamento do sistema e uma fragilização na composição pelo governo federal passando pela EC nº 86 de 2015 e culminando na EC nº 95.

Neste sentido é fundamental enfatizar o fato da descentralização ser uma diretriz do SUS prevista no texto da Constituição brasileira de 1988 em seu artigo 198. A lei nº 8080/90 indicava a descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços e ações de saúde para as Unidades Federadas e para os municípios.

O processo de descentralização foi regulamentado inicialmente pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) nos anos de 1991, 1993 e 1996,

seguidas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002. Com a publicação da NOAS 2001 as ações de saúde bucal passaram a ser consideradas como área de atuação estratégica para municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica. Ainda assim, conforme enfatizam Assis, Paim e Soares (2016, p. 123) foi mantida a orientação de organização dos serviços de saúde bucal para a faixa etária de 0 a 14 anos.

Segundo Campos (2006, p. 417) o processo de descentralização nos sistemas de saúde atende a uma lógica neoliberal de desestatização de serviços públicos. No entanto, no caso da Reforma Sanitária brasileira e implantação do SUS, a descentralização se deu na contramão desta lógica em um contexto de fortalecimento do municipalismo no processo de redemocratização. Portanto, conforme relata Campos, Viana e Soares (2015), a descentralização no SUS foi uma diretriz consonante ao ideário neoliberal e que gerou maior independência de gestão aos municípios ao mesmo tempo em que aumentou o controle federal através dos repasses financeiros.

Algumas instâncias de negociação e pactuação entre os entes federados foram criadas pelas NOBs. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) composta por representantes das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde de cada estado e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de esfera federal composta por representantes de gestores do Ministério da Saúde e membros do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). No entanto estas instâncias só foram formalmente homologadas pelo Decreto 7508 de 28/06/11 (BRASIL, 2011a) que altera a regulamentação da Lei 8080/90 quanto à articulação federativa.

O governo federal induziu políticas de saúde aos entes federados por meio de normativas legais atreladas a repasses financeiros via fundo a fundo passando inicialmente a ser o principal financiador na composição tripartite. O caso da saúde bucal acompanhou essa regra. Na primeira década do SUS, de 1988 a 1998, não havia linhas específicas de financiamento federal direcionadas para a área de saúde bucal. Apenas em 2000, no início da segunda década do SUS, com a publicação da Portaria nº 1444/2000 criou-se um incentivo federal aos municípios para implantação de eSB vinculadas a equipes de saúde da família. Segundo Kornis, Maia e Fortuna (2011):

No âmbito da atenção à saúde bucal, até fins da década de 90, não existiam linhas específicas de financiamento de origem federal voltadas para esta área de atenção. Desta forma, os recursos federais destinados ao primeiro nível de atenção em saúde bucal ficavam a cargo dos recursos destinados à atenção básica, e nos níveis subnacionais, segundo os critérios dos gestores locais na elaboração de suas prioridades. É informação relevante o fato de que, nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde bucal, o repasse federal era feito apenas com base no volume de procedimentos. A partir do final do ano 2000, a política de incentivos do MS, através do PAB variável, passou a financiar a inserção das ESBs no então Programa de Saúde da Família (PSF).

O item 5G do anexo I da Portaria nº 267 de 06/03/01 (BRASIL, 2001b) que regulamenta a Portaria nº 1444/2000 e trata do financiamento da saúde bucal no então denominado Programa de Saúde da Família (PSF) menciona:

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o **financiamento tripartite** das ações **de saúde bucal na atenção básica**, vem se efetivando e então, por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica - prestada por intermédio do PSF - estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000).

Para a compreensão do impacto da implementação do repasse federal para a implantação de eSB na Atenção Básica é fundamental entender o significado de “atenção básica”, sua extensão conceitual e “geográfica”. Cita-se geográfica pela sua capacidade de capilaridade regional e assim seu alcance populacional.

Foi na Conferência de Alma-Ata realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que a Atenção Primária à Saúde (APS) foi preconizada como estratégia a ser utilizada pelos países no enfrentamento aos principais problemas de saúde da população. Entre outras questões previa-se a saúde como direito humano fundamental, portanto de acesso universal, a participação comunitária e a APS com a função central de um sistema nacional de saúde devendo estar presente nos locais onde as pessoas residem constituindo assim a porta de entrada para um sistema integrado de atenção à saúde.

A conferência se deu em um “contexto mundial favorável no qual predominavam os governos social-democratas em países europeus” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). No entanto agências internacionais como o Banco Mundial caminharam no sentido de um conceito mais restrito intitulado atenção primária seletiva. Ainda segundo estas autoras, “atenção primária seletiva designa um pacote

de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres”. Este modelo predominou na maioria dos países a partir de então, principalmente no caso de países periféricos, como é o caso da América Latina.

Mesmo durante a vigência desse direcionamento por parte das entidades internacionais, o Brasil instituiu o SUS em um contexto particular de retomada democrática com protagonismo dos movimentos sociais que constituíam o Movimento de Reforma Sanitária. Assim no país o termo amplamente difundido é de Atenção Básica (AB) (GIOVANELLA, 2018; GIL, 2006), inclusive nas legislações estruturantes do SUS como as versões da PNAB. O uso deste termo marca um posicionamento quanto ao tipo de sistema de saúde público pretendido no país. Segundo Silveira, Machado e Matta (2015) “o termo APS adquiriu historicamente diferentes concepções, interpretações e finalidades e, com isso, assumiu distintos papéis na proteção social e nos sistemas de saúde”. Sendo assim, estando de acordo com os autores citados, a opção neste estudo é pelo uso do termo Atenção Básica (AB).

No aspecto geográfico, espacial, cabe ressaltar a capilaridade da Atenção Básica no SUS e assim seu grau de descentralização de ações em saúde. No ano de 2018, segundo dados da SAGE, 5475 dos 5770 municípios brasileiros possuíam eSF e 5042 possuíam eSB. Cabe salientar que essa cobertura citada se refere a equipes cadastradas como eSF e eSB junto ao Ministério da Saúde, ou seja, equipes vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Embora a ESF tenha sido durante muitos anos o modelo de reorientação preconizado não podem ser descartados outros tipos de equipes presentes na AB nos municípios.

Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) afirmam que a PNAB só adquire “relevância organizacional quando acompanhada de programas que se comportam como uma espécie de catalisadores de mudança”. De fato, o período analisado neste estudo, 2009 a 2018, perpassou a vigência das três versões da PNAB (2006, 2011 e 2017) e muitas portarias do Ministério da Saúde foram publicadas a fim de estruturar e direcionar a Atenção Básica.

Até o ano de 2009 a saúde bucal estava contemplada para cadastramento em dois tipos de equipes: ESFSB-MI e MII (equipes de saúde da família com saúde bucal modalidade I e II). As eSB podem ser cadastradas em duas modalidades. Modalidade I (MI): cirurgião dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e modalidade II (MII): CD, TSB e ASB. A presença de cirurgiões dentistas também estava prevista na composição de equipes de atenção à saúde do sistema

penitenciário (EPEN), equipes multidisciplinares de apoio (EMAP), equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e todos os tipos de equipe de atenção básica prisional (EABP). Nas EMSI e EABP previa-se também o profissional ASB ou TSB.

O período de 2009 a 2018 teve grande incremento quanto ao tipo de equipes de saúde que poderiam ser cadastradas junto ao Ministério da Saúde pelos municípios. Ainda na vigência da PNAB de 2006 (BRASIL, 2006a) foi publicada a Portaria nº 302 de 17/02/09 (BRASIL, 2009) que estabeleceu a incorporação de eSB em equipes de agentes comunitários (eACS). Kornis, Maia e Fortuna (2011) avaliaram o impacto desta Portaria como risco de retrocesso comprometendo o processo de reorganização da atenção básica já que desvinculava a eSB da eSF. No entanto, posteriormente a Portaria foi republicada condicionando a vinculação de eSB à eACS apenas daquelas que já haviam sido anteriormente vinculadas a uma eSF. Segundo os mesmos autores, “fica clara a intenção da Coordenação Nacional de Saúde Bucal em manter a atuação das ESBs nos locais onde foi desabilitada a Equipe de Saúde da Família que lhe deu origem”.

A vinculação das eSB sempre esteve atrelada a outras equipes de saúde, majoritariamente à eSF de diversos tipos, mas também à eACS ou eAB. A Portaria nº 576 de 19/09/11 instituiu as equipes de códigos 16 a 21 no Cadastro Nacional de dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre elas as eABSB, equipes de Atenção Básica com saúde bucal. Estas equipes, descritas no CNES com os códigos 19 a 21, previam carga horária de quarenta horas a cento e vinte horas para cirurgião dentista (com carga horária mínima de vinte horas para cada profissional) e a presença opcional de ASB ou TSB. O principal diferencial das eABSB era a presença de outras categorias médicas além do médico generalista, como pediatra e ginecologista. No entanto, este tipo de equipe não chegou a representar 1% do total de eSB implantadas no país no período analisado.

No ano de 2011 a Portaria nº 2027 determinou a flexibilização da carga horária de médicos em eSF, sendo assim a Portaria nº 703 de 21/10/11 instituiu os tipos de equipe de códigos 24 e 38, dentre estas, nas que previam eSB, encontravam-se 4 subtipos de eSF e a eSF de caráter transitório. Estas equipes variavam segundo o número ou carga horária de profissionais médicos. Para eSB e o restante das categorias da eSF a regra permaneceu de carga horária de 40 horas.

Em 22/12/11 foi habilitado o cadastramento de eSF Ribeirinhas e Fluvial (com ou sem eSB) pela Portaria nº 941. Este documento previa que estes tipos de equipes poderiam ser implantadas em municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matrogrossense (Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, Pará Maranhão, Amapá, Tocantins e Mato Grosso).

Outras portarias subsequentes implantaram outros tipos de equipes (com a previsão de profissionais de saúde bucal ou não) nos anos seguintes como a Portaria nº 160 de 01/03/12 que instituiu equipes de Consultório na Rua para a população em situação de rua e a Portaria nº 305 de 10/04/14 que estabeleceu normas para cadastramento de equipes de Saúde Prisional (códigos CNES 50 a 54). Nestes tipos de equipes previa-se CD e ASB ou TSB com carga horária de seis a trinta horas.

Um ponto fundamental que atingiu a estruturação do SUS e seu financiamento se deu ainda durante o governo Temer. Em 2017 foi aprovada a nova versão da PNAB pela Portaria nº 2436 de 21/09/17 (BRASIL, 2017a) que estabeleceu a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica e no mesmo ano, três meses depois, também houve alteração dos blocos de financiamento dos repasses federais pela Portaria nº 3992 de 28/12/17 (BRASIL, 2017b). Esta nova versão da PNAB flexibilizou a composição das equipes de saúde e da carga horária dos profissionais que as compõem. Ambas as alterações não foram discutidas com a população ou com o controle social representado pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS). Segundo avaliação de Narvai (2020) a aprovação foi à revelia do CNS.

Cabe ressaltar que o parágrafo único do art. 1º da nova PNAB, menciona que “considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.” (BRASIL, 2017a). O documento possui 256 referências à AB e duas à APS, no entanto já se desenhava a alteração do direcionamento deste nível de atenção. As normativas legais publicadas após esta edição da PNAB comumente tem se referido ao termo APS, inclusive para nomear as equipes de saúde para cadastramento no CNES.

Segundo avaliação de Narvai (2017) a nova PNAB concomitante a desregulamentação dos repasses federais dada pela Portaria nº 3992/2017, com a unificação dos blocos de financiamento, não é um fato isolado e sim uma continuidade de um processo iniciado com a aprovação da EC nº 95 que resultará no desmonte do Brasil Sorridente. Para o mesmo autor a PNAB desobriga gestores estaduais e

municipais de desenvolverem ações de saúde bucal ao flexibilizar a aplicação de recursos transferidos pelo governo federal.

Diversos estudos apontam que políticas de austeridade com cortes orçamentários em políticas sociais como a saúde pública aumentam a desigualdade social, agravam a crise econômica e retardam a sua recuperação (STUCKLER; BASU, 2013, VIEIRA, 2016, SANTOS; VIEIRA, 2018). No entanto o cenário que tem se desenhado no período após a destituição da presidente Dilma Roussef é de severos cortes em políticas sociais, inclusive no SUS, não somente na questão orçamentária como também no direcionamento normativo.

Estudo de revisão de Probst et al. (2019) concluiu que em períodos de crises econômicas a saúde bucal não é prioridade enquanto centro nucleador de políticas havendo poucos estudos que avaliem o impacto de crises econômicas sobre os indicadores de saúde bucal da população.

Considerando que vários estudos mencionam a correlação entre fatores socioeconômicos e condições de saúde bucal da população (FERNANDES et al., 2016; FISCHER et al., 2010; ZERMIANI et al., 2014; MOYSÉS, 2019) projeta-se que o impacto se dará no “acesso ao cuidado dos estratos sociais menos favorecidos” (PROBST et al., 2019). Os resultados do estudo realizado por estes autores para analisar os possíveis impactos das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal em diferentes países indicam que:

A população em maior vulnerabilidade, menor renda e menor escolaridade são [sic] as mais afetadas, independentemente do indicador avaliado (cárie dentária não tratada, acesso aos serviços de Atenção Odontológica e hábitos de higiene). Quando medidas protetivas com alocação de recursos financeiras foram tomadas, as disparidades diminuíram.

Neste sentido é de fundamental importância o monitoramento de indicadores de saúde. Eles são importantes marcadores na avaliação das políticas de saúde. Estudo de Silva, Graziani e Ditterich (2020) analisou a evolução dos indicadores de saúde bucal no SUS no período de 2007 a 2019 constatando que houve redução no número desses indicadores nos últimos anos podendo assim comprometer a avaliação dos serviços ofertados à população. Segundo estes autores a cobertura de primeira consulta odontológica programática esteve presente na pactuação federativa (Pacto pela Saúde) de 2007 a 2009 e a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada de 2007 a 2011. A pactuação seguinte feita pelo Contrato

Organizativo da Ação Pública (COAP) manteve apenas o indicador de ação coletiva de escovação dental supervisionada nos anos de 2012 a 2015, não sendo prevista para o período de 2016 a 2021. Ambos os indicadores citados estavam previstos nos ciclos de acompanhamento do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Os procedimentos de primeira consulta odontológica programática e ação coletiva de escovação dental supervisionada estão previstos para registro no Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS), sendo assim, possuem longa série histórica através dos anos com fácil acesso para o cálculo de sua cobertura populacional. São indicadores comumente elegidos pelos estudos relacionados à área de saúde bucal a fim de monitorar as ações preventivas realizadas pelas eSB (ação coletiva de escovação dental supervisionada) e acesso aos serviços (primeira consulta odontológica programática).

Segundo a Portaria nº 21, de 05 de janeiro de 2005, a cobertura de primeira consulta odontológica programática é um indicador que avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal possibilitando avaliar a atenção integral visto que prevê que seu registro seja feito a partir de uma consulta de elaboração de um plano de tratamento e não em consultas de pontuais de urgência (BRASIL, 2005).

Documento do Ministério da Saúde sobre saúde bucal no SUS de 2018 (BRASIL, 2018) orienta que estes dois indicadores sejam incluídos no planejamento de trabalho pelas equipes de saúde demonstrando assim sua pertinência.

3 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa tratou-se de um estudo retrospectivo, quantitativo, baseado em pesquisa documental e dados secundários. O período de 30 anos de vigência do SUS foi dividido em três décadas: 1988 a 1998, 1999 a 2008 e 2009 a 2018. Sendo assim foram abordadas as políticas públicas na área de saúde bucal na década mais recente, de 2009 a 2018, baseando-se na cobertura populacional de eSB e o desempenho de dois indicadores de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras: Primeira Consulta Odontológica Programática (código SIASUS 0301010153) e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (código SIASUS 0101020031). Os dados consolidados foram obtidos no website do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

É importante destacar que há discrepância entre os dados referentes ao número de eSB na base de dados do DATASUS e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), ambas do Ministério da Saúde (Figura 1 e 2). O site do DATASUS possui dados disponíveis a partir de 2007, suficientes para este estudo que se delimita a década de 2009 a 2018. Entende-se que para estudos que abordem períodos anteriores seja necessária a utilização de outra fonte de dados como a SAGE que dispõe de dados a partir de 2002.

Neste estudo a base de dados utilizada para coleta de cobertura de equipes de saúde bucal, produção ambulatorial dos indicadores de primeira consulta odontológica programática, ação coletiva de escovação supervisionada e população de estados e macrorregiões foi do DATASUS podendo haver assim discrepância com outros estudos que usam como base de dados a SAGE, inclusive estudos mencionados e citados neste trabalho.

Informações sobre os repasses federais para o financiamento de ações em saúde bucal na Atenção Básica para estados e municípios foram extraídas do site do Fundo Nacional de Saúde (Figura 3). Para os anos de 2009 a 2017, período de vigência de seis blocos de financiamento, foram filtradas as informações referentes aos blocos de Atenção Básica e Investimento. Do bloco de Atenção Básica computaram-se os repasses do componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável e as seguintes ações: Equipe de Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM) e (UOM) (RAB-UODM-SM), Incentivo Adicional Unidade Odontológica Móvel (UOM) e (UOM) (RAB-UODM-SM), Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal (RAB-

BSOR-SM), Incentivo Adicional Saúde Bucal e Saúde Bucal. Do bloco de Investimento, os componentes de Aquisição de Equipamento e Material Permanente (ação de Atenção Básica em Saúde Bucal) e PAB Variável (ação Aquisição de Equipamentos Odontológicos). Para o ano de 2018, com a alteração dos blocos de financiamento dada pela Portaria nº 3992 de 28/12/17, foram filtrados no bloco de Custeio, grupo de Atenção Básica, ação Piso de Atenção Básica em Saúde, ação detalhada de Custeio de Atenção à Saúde bucal. No bloco de Investimento, os valores computados foram do grupo de Atenção Básica, ação de Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, ação detalhada de Estruturação da Atenção à Saúde Bucal.

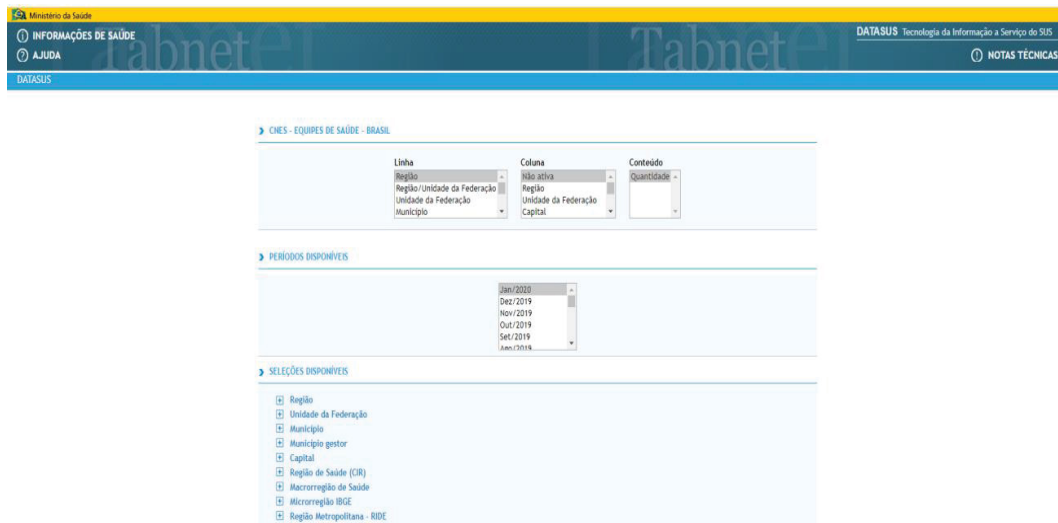
Os dados referentes a repasses federais foram apresentados em valores brutos não tendo sido deflacionados.

A base de cálculo para cobertura populacional por equipes de saúde bucal foi realizada segundo os critérios da Nota Técnica do Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): percentual de cobertura da população por Equipes de Saúde Bucal ($\text{Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas} \times 3000 \times 100 / \text{população residente}$) (BRASIL, 2014; CONASS, 2015a).

A coleta de todos os dados foi realizada no mês de janeiro de 2020 (exceto dados de repasses federais referentes aos anos de 2009 a 2014 que foram coletados em junho do mesmo ano) e foram exportados e analisados usando o programa Microsoft Excel®.

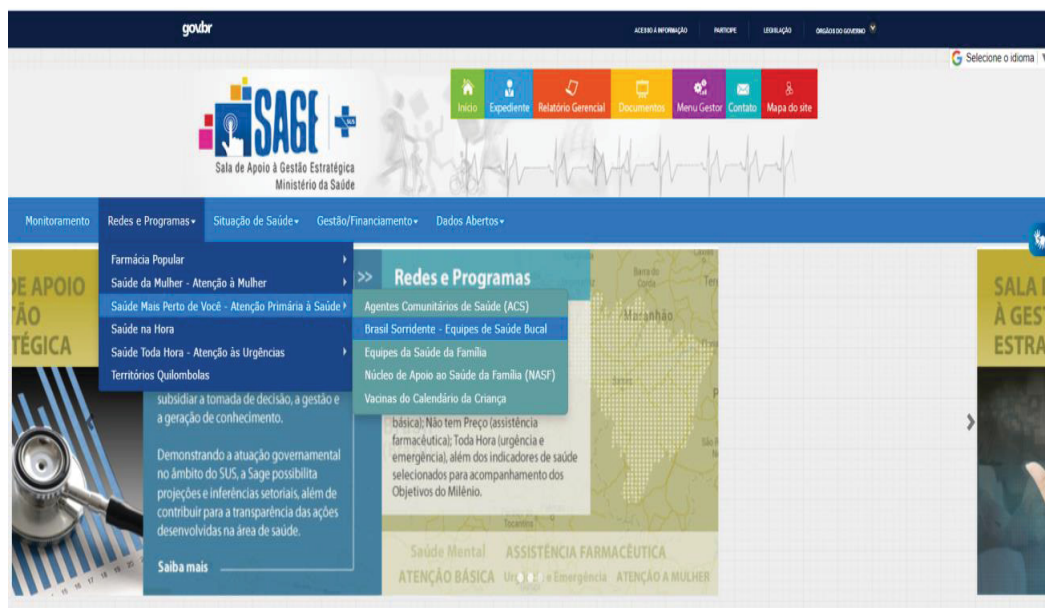
A pesquisa documental foi feita nas normativas legais federais além de documentos técnicos (notas técnicas e documentos orientativos) referentes ao SUS e à área de saúde bucal na atenção básica que tivessem relação com alterações nos mecanismos de repasses federais a estados e municípios, com a composição de eSB e com a organização deste nível de atenção. A pesquisa focou-se no período proposto para este estudo, de 2009 a 2018, partindo das legislações vigentes no início deste período.

FIGURA 1- IMAGEM DA TELA DE ACESSO AO SITE DO DATASUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



Fonte: Site DATASUS do Ministério da Saúde. Utilizado para consultas dos indicadores de cobertura populacional de equipes de saúde bucal, Primeira Consulta Odontológica Programática e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm

FIGURA 2 – IMAGEM DA TELA DE ACESSO AO SITE DA SAGE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.



Fonte: Site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde. Possui indicadores de número de equipes de saúde bucal e cobertura populacional por equipes de saúde bucal. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/>

FIGURA 3 – IMAGEM DA TELA DE ACESSO AO SITE DO FUNDO NACIONAL DA SAÚDE.

The image shows the homepage of the Fundo Nacional de Saúde (FNS) website. The header is dark blue with white text and includes navigation links for accessibility, high contrast, and a site map. The main navigation bar contains links for 'Perguntas frequentes', 'Carta de Serviços ao Cidadão', 'Integra MS', 'Webmail', 'Ouvidoria do SUS (136)', 'Fale com o FNS', 'Contato', and 'Portaria 3.992/17'. Below the header is a row of service tiles for 'REPASSES PARA O SUS', 'REPASSES DO DIA', 'CONSULTA DE PAGAMENTO CONSOLIDADA', 'CONSULTA DE PAGAMENTO DETALHADA', 'CONSULTA A CONVENIOS, TED E TERMO DE COOPERAÇÃO', 'GRÁFICO COMPARATIVO POR ANO', 'CONSULTA A DESCONTO MAC', and 'CONSULTA CONTA CORRENTE FUNDO DE SAÚDE'. The main content area features a left sidebar with 'INSTITUCIONAL' (Sobre o FNS, Estrutura Organizacional, Diretoria Executiva, Coordenações Gerais, Quem é Quem) and 'SISTEMAS' (Aplicativos). The central banner promotes a virtual exhibition for FNS's 50th anniversary. Below the banner are two featured articles: 'Abertura do Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas' and 'FNS divulga Manual de Contrato de Repasse'.

Fonte: Site do Fundo Nacional de Saúde utilizado para coleta de informações sobre os repasses financeiros federais a estados e municípios. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/>

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todo o país houve incremento constante no quantitativo de equipes de saúde bucal desde que elas foram incorporadas ao Programa de Saúde da Família (atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família) pela Portaria nº 1444/2000 por meio de incentivo financeiro federal aos municípios no componente do PAB Variável.

Segundo o Informe nº 7 do Ministério da Saúde de março de 2001 havia até então 124 eSB qualificadas no Brasil, sendo 33 no Distrito Federal, 24 no Espírito Santo, 52 em São Paulo, 12 em Mato Grosso do Sul e 3 em Mato Grosso (BRASIL, 2001c). Em 2018, segundo dados do DATASUS, o número de equipes passou para 28462 eSB em todos os estados brasileiros e em 5043 dos 5570 municípios do país (90,5%).

Em 2004 foi lançada a PNSB – Programa Brasil Sorridente. O documento delineava as diretrizes para estruturação e condução de ações e serviços de saúde bucal no país com foco na reorganização da Atenção Básica e na inédita estruturação de atenção especializada em saúde bucal através da implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Segundo Carrer et al. (2019) a PNSB estruturou as ações de saúde bucal na lógica de rede de atenção à saúde (RAS) articulando a atenção primária com a atenção especializada, ampliando o acesso.

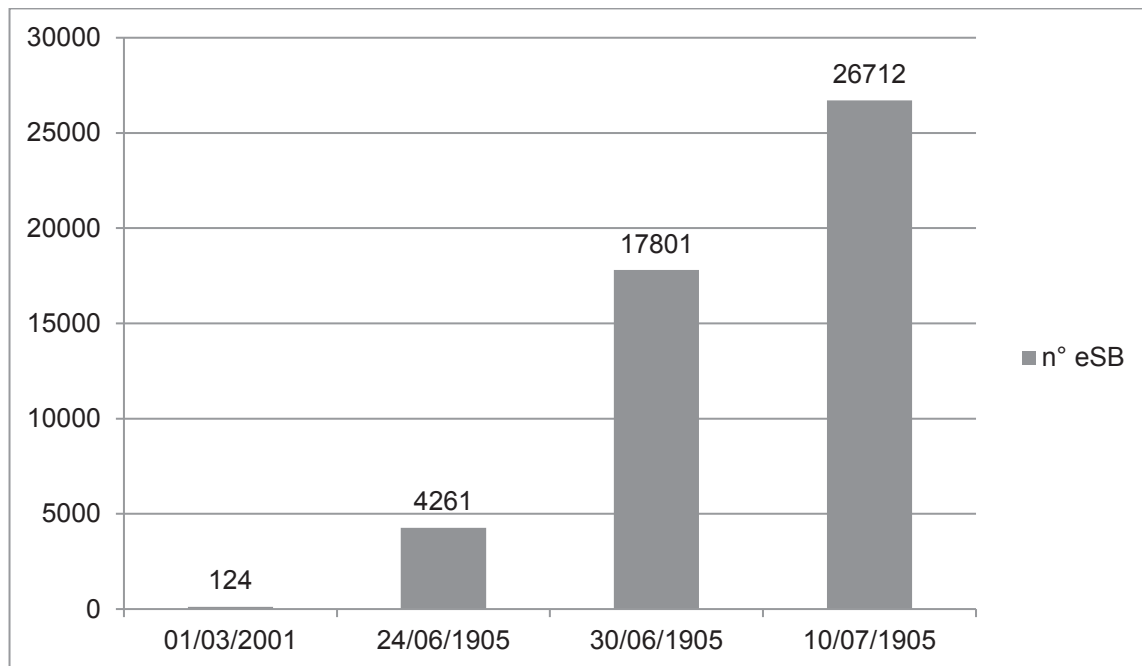
Com o incentivo e indução do governo federal o número de eSB no Brasil, credenciadas junto ao Ministério da Saúde, teve um grande incremento passando de 4261 em 2002 (logo após a Portaria nº 1444/2000 e mesmo antes do lançamento da PNSB), para 17801 eSB em 2008, final da segunda década de vigência do SUS.

Segundo estudo de Chaves et al. (2017) o crescimento de eSB no país foi de 254,0% entre os anos de 2003 a 2006, de 35,4% de 2007 a 2010 e de 18,7% de 2011 a 2014. Portanto, embora o crescimento do número de eSB tenha se mantido desde a publicação da Portaria nº 1444/2000, se deu majoritariamente nos primeiros anos de sua vigência. Rossi et al. (2019) corroboram esta perspectiva afirmando que se observou evolução no número de eSB com desaceleração a partir de 2013.

Conforme o gráfico 1 observa-se que de março de 2001 a 2002 mais de 4 mil eSB foram implantadas no país em apenas um ano, de 2002 a 2008, um período de

seis anos, foram 13450 eSB e no período seguinte de dez anos, 2008 a 2018, foram implantadas mais 8911 eSB no país.

GRÁFICO 1 – Nº eSB IMPLANTADAS NO PAÍS ENTRE MARÇO DE 2001 E 2018 (APÓS INCENTIVO FINANCEIRO DADO PARA INCLUSÃO DAS eSB NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA)



FONTE: A autora. Dados SAGE (exceto março/2001 do Informe nº 7 do Ministério da Saúde). Utilização de dados da SAGE por abranger anos anteriores a 2007.

Estudo de Baldani et al. (2005) sobre a inclusão da odontologia na ESF no estado do Paraná avalia que dos municípios que implantaram atenção à saúde bucal até o primeiro semestre de 2002, grande parte havia sido no segundo semestre de 2001. Fato que corrobora o impacto do incentivo financeiro federal a municípios no aumento do número de eSB logo após a publicação da Portaria nº 1444/2000.

No entanto, é importante entender o papel da indução federal, dada pelo repasse financeiro à adesão a programas específicos, diante de especificidades municipais tão diversas. Estudos realizados por Contarato e Machado (2014) e por Soares e Paim (2011) sobre a implementação da política de saúde bucal nos municípios de Vitória e Salvador, respectivamente, apontam entraves no processo decorrentes da dinâmica e realidade local. A descentralização presente no cerne do SUS, muito representada pelo municipalismo, faz com que o governo local seja um agente fundamental no processo de implementação de uma política de saúde

(SOARES, PAIM, 2011). O estudo de Contrato e Machado (2014) no município de Vitória constatou fragilidade da participação da esfera estadual.

Para Narvai (2011) o financiamento da saúde bucal pelas três esferas de governo não se efetivou e cita experiências pontuais dos governos do Rio Grande do Sul e Paraná que aprovaram incentivos estaduais para esta área. O pesquisador ainda aponta que:

O PSF, implantado em 1994, (...) convive, em cada local onde é desenvolvido, com um dilema: para ser, efetivamente, uma estratégia de construção do SUS, e não apenas “mais um programa” vertical “do Governo Federal”, é essencial que, em cada município, sua implantação e desenvolvimento ocorram com acompanhamento e controle do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão. Quando isso não ocorre, observa-se um simulacro de intervenção pública na saúde, sem potência para de fato contribuir para “reorganizar o modelo de atenção” a partir da atenção básica, seu significado mais profundo.

O estado do Paraná estabeleceu em 2004, por meio da Resolução Estadual SESA nº 283/2004, incentivo financeiro a municípios com eSB a fim de reduzir desigualdades regionais. O estado de Mato Grosso implantou incentivo financeiro para saúde bucal nos municípios no ano de 2001 (GATTAS, 2010). No entanto isto não se manteve na maioria dos estados.

A discussão sobre o financiamento tripartite do SUS envolve, além da questão financeira em si, aspectos quanto à organização e estruturação de todo o sistema de saúde. Apesar do previsto no texto constitucional de 1988 de destinação de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde, na primeira década de vigência do SUS não havia legislação que determinasse a destinação orçamentária por cada uma das três esferas de governo. Isto mudou com a aprovação da EC nº 29 no ano de 2000 (BRASIL, 2000a). Contudo, a regra foi clara e permanece até os dias atuais para estados e municípios, aplicação de 12% e 15% do orçamento em saúde, respectivamente. Para a União a regra dada pela EC nº 29 estabelecia uma destinação vinculada ao desempenho do PIB. Posteriormente com a aprovação da EC nº 86 em 2015 (BRASIL, 2015) e EC nº 95 em 2016 (BRASIL, 2016a) o orçamento federal para a saúde sofreu significativa restrição.

A participação de verbas federais para a composição do financiamento do SUS tem diminuído ao longo dos anos gerando automaticamente maior investimento por parte dos municípios. Considerando que boa parte dos repasses federais, via PAB Variável, está atrelado à adesão a programas instituídos pelo Ministério da Saúde, a

indução financeira fez com que muitos municípios aderissem a iniciativas, como o Brasil Sorridente, em busca de incentivos.

No período de 2009 a 2018 apenas dois reajustes, nos anos de 2011 e 2012, foram constatados nos repasses federais para financiamento de eSB na atenção básica. Em 2011 a Portaria nº 1599 de 09/07/11 reajustou os valores de custeio de R\$ 24000,00 (praticados até então na vigência da Portaria nº 3066 de 23/12/08) para R\$ 25200,00 e a Portaria nº 978 de 16/05/12 que os reajustou para R\$ 26760,00 (BRASIL, 2012a). O valor do incentivo de implantação manteve-se em R\$ 7000,00 durante todo o período.

Na Tabela 1 observa-se redução do montante de repasse federal para as ações de saúde bucal para estados e municípios a partir do ano de 2017, ano seguinte à aprovação da EC nº 95. No ano de 2018 a queda no repasse é muito significativa para todos os estados, exceto para o estado de São Paulo. Essa tendência de queda já havia sido observada nos estudos de Chaves et al. (2018) e Rossi et al. (2018, 2019).

Entretanto, a diminuição dos repasses federais não foi uniforme em todas as macrorregiões. No ano de 2018 o repasse federal referente à área de saúde bucal na Atenção Básica para estados e municípios no país foi 65,9% do valor repassado no ano anterior (2017). No entanto, ao analisar as macrorregiões, esta diminuição tem diferentes impactos, tendo sido de 51,6% na Norte, 52,4% na Nordeste, 65,8% na Centro-Oeste, 83,6% na Sudeste e 89% na Sul.

Embora constata-se que estados com maior densidade populacional como São Paulo, Minas Gerais e Bahia receberam maiores transferências de repasses na série histórica, cabe salientar que estados com menor população também estão entre aqueles que receberam maiores transferências conforme a cobertura populacional de eSB. No ano de 2018 o estado do Ceará recebeu R\$ 34.804.334,97 com uma população de 9.075.649 de pessoas e cobertura populacional de eSB de 62,38% (1887 eSB cadastradas). Já o estado do Rio de Janeiro, no mesmo ano, com uma população de 17.159.960, quase o dobro do Ceará, recebeu R\$ 23.538.644,57, pois sua cobertura populacional de eSB era para este ano de 22,31% (1276 eSB cadastradas). Isto ocorre em partes porque os repasses federais estão atrelados à adesão a programas e iniciativas do governo federal como é o caso do cadastramento de eSB e outras iniciativas relacionadas ao Programa Brasil Sorridente.

TABELA 1 – REPASSES FEDERAIS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS PARA AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO PERÍODO DE 2009 A 2018.

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norte	40,6	49,1	54,0	64,5	57,9	59,8	68,0	75,0	69,3	35,8
AC	2,9	3,2	3,4	4,2	3,8	4,0	4,3	4,9	4,7	1,3
AM	8,7	10,3	11,1	13,4	12,0	12,5	14,9	16,6	14,9	5,9
AP	2,8	3,2	3,2	3,0	2,7	2,7	2,7	3,3	3,2	1,3
PA	12,1	15,8	18,0	22,6	20,5	21,0	24,4	27,0	25,4	15,6
RO	3,6	4,4	4,9	6,1	5,5	5,2	5,6	5,6	4,9	3,3
RR	1,5	1,9	1,9	2,2	2,0	2,0	2,2	2,4	2,3	2,1
TO	8,9	10,4	11,5	13,0	11,4	12,3	13,8	15,2	14,0	6,3
Nordeste	259,5	300,1	319,5	377,4	328,6	345,0	381,2	419,5	393,6	206,4
AL	15,5	17,5	19,1	22,5	19,5	20,5	22,6	24,5	23,1	11,2
BA	45,8	56,1	60,8	73,7	65,4	69,5	76,0	83,1	78,1	37,0
CE	35,9	41,8	45,4	53,3	45,4	48,1	53,5	59,1	54,8	34,8
MA	35,7	41,2	42,9	49,2	41,4	42,6	46,7	50,1	47,4	16,0
PB	32,8	36,7	38,5	44,3	38,6	39,6	43,5	48,4	45,2	34,0
PE	33,6	39,2	41,7	50,6	44,3	46,2	51,4	56,7	54,4	26,1
PI	26,7	29,4	31,6	37,3	33,8	36,1	40,9	46,1	43,7	23,1
RN	23,5	27,0	27,8	32,3	27,9	29,7	32,7	36,2	32,8	17,9
SE	10,0	11,1	11,7	14,1	12,3	12,7	13,9	15,4	14,2	6,2
Centro Oeste	39,3	44,8	50,8	61,2	55,2	55,9	62,6	67,8	64,8	42,7
DF	0,2	0,4	0,6	0,9	1,7	1,5	2,3	2,4	2,5	2,5
GO	18,4	21,3	22,6	28,2	25,1	25,4	27,8	30,2	28,6	20,9
MS	9,6	10,2	13,1	14,7	13,2	13,6	15,1	16,3	15,2	8,2
MT	11,2	12,9	14,5	17,3	15,2	15,5	17,5	18,8	18,5	11,1
Sudeste	109,0	130,8	149,2	189,3	166,6	176,4	197,0	217,6	207,0	173,1
ES	9,0	10,6	10,8	12,7	11,0	11,4	12,6	13,1	11,9	5,0
MG	55,5	67,1	74,7	91,6	80,4	85,6	95,4	104,9	99,2	56,0
RJ	13,3	17,4	22,1	31,4	27,1	27,8	31,0	35,0	34,5	23,5
SP	31,4	35,7	41,5	53,7	48,1	51,7	57,9	64,5	61,4	88,6
Sul	88,9	69,3	74,4	90,6	81,4	84,5	94,3	101,9	94,9	84,5
PR	57,6	33,6	35,5	41,6	37,1	38,1	41,1	43,9	39,5	33,8
RS	14,4	16,4	17,7	22,5	20,4	22,0	25,7	28,2	27,1	23,5
SC	16,9	19,3	21,2	26,5	24,0	24,4	27,5	29,8	28,3	27,3
TOTAL	537,3	594,0	647,9	783,0	689,7	721,8	803,1	881,7	829,6	542,5

FONTE: A autora. Dados do Fundo Nacional de Saúde. Acesso em 04/01/20.

NOTA: Valores expressos em milhões. Valores não deflacionados.

Certamente devem ser consideradas as especificidades de cada estado ou região, inclusive o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a fim de compensar desigualdades regionais. Vários estudos mencionam a correlação entre fatores

socioeconômicos e condições de saúde bucal da população (FERNANDES et al., 2016; FISCHER et al., 2010; ZERMIANI et al., 2014; MOYSÉS, 2019).

Segundo documento publicado em 2016 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP) o IDH do ano de 2010 no Brasil era de 0,727. No entanto, para as macrorregiões brasileiras era de 0,667 para a Norte, 0,663 para a Nordeste, 0,757 para a Centro-Oeste, 0,766 para a Sudeste e de 0,754 para a região Sul (PNUD, 2016). Cabe salientar que todos os estados da macrorregião Nordeste estavam abaixo da média nacional com faixa de médio desenvolvimento humano, assim como a maioria dos estados da macrorregião Norte (cinco dos sete estados). Nas macrorregiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul todos os estados estavam classificados na faixa de alto desenvolvimento humano.

TABELA 2 – EQUIPES DE SAÚDE BUCAL CADASTRADAS NO CNES NO PERÍODO DE 2008 A 2013

(continua)

Tipo de Equipe	2008	2009	2010	2011	2012	2013
02 ESFSB_M1 - ESF C/ SB - M I	17769	18837	19901	20583	21010	21766
03 ESFSB_M2 - ESF C/ SB - M II	1568	1737	1915	2124	2148	2233
10 EACSSB_M1 - EQ AG. COMUNIT. C/ SB - MI	-	143	258	454	430	274
11 EACSSB_M2 - EQ AG. COMUNIT. C/ SB - MII	-	9	24	27	33	29
13 ESFRSB_MI - ESF RIBEIRINHA C/ SB MI	-	-	-	5	2	19
15 ESFFSB - ESF FLUVIAL C/ SB	-	-	-	1	2	3
19 EAB1SB - EQUIPE AB TIPO I C/ SB	-	-	-	34	27	152
20 EAB2SB – EQUIPE AB TIPO II C/ SB	-	-	-	4	4	18
21 EAB3SB - EQUIPE AB TIPO III C/ SB	-	-	-	-	-	1
25 ESF1SB_M1 - ESF TIPO I C/ SB MODAL.I	-	-	-	2	27	34
26 ESF1SB_M2 - ESF TIPO I C/ SB MODAL.II	-	-	-	-	1	3
28 ESF2SB_M1 - ESF TIPO II C/ SB MODAL.I	-	-	-	1	1	1
34 ESF4SB_M1 - ESF TIPO IV C/ SB MODAL. I	-	-	-	3	64	91
35 ESF4SB_M2 - ESF TIPO IV C/ SB MODAL. II	-	-	-	-	29	31
37 ESFTRANSSB_M1 - ESF TRANSIT. C/ SB MI	-	-	-	-	102	75
38 ESFTRANSSB_M2 - ESF TRANSIT. C/ SB MII	-	-	-	-	11	7
39 ESFRSB_MII - ESF RIBEIRINHA C/SB MII	-	-	-	-	-	-
43 ESB MI - EQUIPE DE SB MODALIDADE I	-	-	-	-	-	7
44 ESB MII - EQUIPE DE SB MODALIDADE II	-	-	-	-	-	-
Total	19337	20726	22098	23238	23891	24744

TABELA 2 – EQUIPES DE SAÚDE BUCAL CADASTRADAS NO CNES NO PERÍODO DE 2014 A 2019

(conclusão)

Tipo da Equipe	2014	2015	2016	2017	2018	2019
02 ESFSB_M1 - ESF C/ SB - M I	22917	23397	23276	24595	25433	26503
03 ESFSB_M2 - ESF C/ SB - M II	2305	2273	2195	2187	2125	2117
10 EACSSB_M1 - EQ AG. COMUNIT. C/ SB - MI	169	213	313	200	429	381
11 EACSSB_M2 - EQ AG. COMUNIT. C/ SB - MII	19	20	29	9	22	32
13 ESFRSB_MI - ESF RIBEIRINHA C/ SB MI	48	56	55	63	91	106
15 ESFFSB - ESF FLUVIAL C/ SB	7	4	9	12	18	34
19 EAB1SB - EQUIPE AB TIPO I C/ SB	153	222	210	238	197	182
20 EAB2SB – EQUIPE AB TIPO II C/ SB	17	24	16	17	10	5
21 EAB3SB - EQUIPE AB TIPO III C/ SB	5	5	-	2	-	-
25 ESF1SB_M1 - ESF TIPO I C/ SB MODAL.I	38	46	68	78	39	33
26 ESF1SB_M2 - ESF TIPO I C/ SB MODAL.II	4	7	8	5	1	-
28 ESF2SB_M1 - ESF TIPO II C/ SB MODAL. I	2	2	1	1	1	1
34 ESF4SB_M1 - ESF TIPO IV C/ SB MODAL I	56	85	125	148	106	86
35 ESF4SB_M2 - ESF TIPO IV C/ SB MODAL II	23	37	54	50	29	24
37 ESFRANSB_M1 - ESF TRANSIT. C/ SB MI	53	78	68	54	85	86
38 ESFRANSB_M2 - ESF TRANSIT. C/ SB MII	12	19	22	15	18	21
39 ESFRSB_MII - ESF RIBEIRINHA C/SB MII	1	-	2	3	8	8
43 ESB MI - EQUIPE DE SB MODALIDADE I	7	37	30	28	26	22
44 ESB MII - EQUIPE DE SB MODALIDADE II	-	5	1	3	4	5
Total	25836	26530	26482	27708	28642	29646

Fonte: a autora (2020). Dados coletados no DATASUS – Ministério da Saúde. Acesso em 15/08/20

Normativas legais como a Portaria nº 1434, de 14/07/04, já previam 50% de incremento nos incentivos financeiros à eSF e eSB em municípios com IDH igual ou inferior a 0,7, população de até 30mil habitantes (e 50mil habitantes nos estados da Amazônia Legal), além de municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos e municípios que integrassem o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2001a) baseadas na dificuldade de contratação e fixação de profissionais a fim de promover assim a interiorização da ESF (BRASIL, 2004c). Embora o incremento previsse municípios de todos os estados, considerando o IDH das macrorregiões, o maior impacto se daria naquelas com menor IDH.

Diante das desigualdades existentes entre as macrorregiões brasileiras torna-se de fundamental importância estudos que considerem a análise de dados segundo este recorte. No entanto, constatou-se um número limitado de estudos que analisem o desempenho da área de saúde bucal com o viés das macrorregiões. Como

exemplos podem ser citados os estudos de Chisini et al. (2019) que analisou procedimentos odontológicos no período de 1999 a 2017 com recorte das macrorregiões, Pinho et al. (2015) que analisou a evolução da cobertura das eSB nas macrorregiões, Martins et al. (2017) que se debruçou sobre as desigualdades das eSB no Brasil e também Neves, Giordani e Hugo (2019).

Uma característica importante no período de 2009 a 2018 foi dada pela possibilidade de implantação de diversos tipos de equipes de saúde a fim de contemplar as especificidades regionais e locais. É importante ressaltar que as eSB estão sempre atreladas a outros tipos de equipes: eSF, eACS ou eAB. Na tabela 2 observa-se que até o ano de 2008 as eSB estavam cadastradas apenas à eSF (equipes de código 02 e 03 no CNES). Acompanha-se que a partir do ano de 2009, com a publicação de diversas portarias de implantação de tipos de equipes, há uma crescente diversificação dos tipos de equipes, embora ainda majoritariamente as equipes cadastradas sejam do tipo 02 - ESFESB MI e 03 -ESFSB MII.

Cabe ressaltar que embora o número eSF Ribeirinhas e Fluvial com eSB seja pequeno quando comparado a equipes tradicionais, sua presença é fundamental para possibilitar o acesso de determinadas populações segundo especificidades locais e regionais. Na análise da série histórica deste estudo constatou-se o cadastramento de equipes nas macrorregiões Norte e Nordeste. Nenhuma equipe cadastrada na macrorregião Centro-Oeste. Segundo a Portaria nº 941/2011 este documento previa que estes tipos de equipes poderiam ser implantados em municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matrogrossense (Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, Pará Maranhão, Amapá, Tocantins e Mato Grosso).

Para este estudo foram filtradas as informações do DATASUS referentes aos tipos de equipes descritas na Tabela 2. Não são todos os estudos que descrevem a base de dados utilizada ou a metodologia utilizada para o cálculo de cobertura (TAVARES, ALMEIDA, 2017; COSTA et al., 2018). A vantagem do uso da base de dados da SAGE é sua fácil utilização, considerando que a cobertura populacional por eSB, número total de eSB e quantitativo de municípios com eSB estão disponíveis de forma já compilada para pesquisa por macrorregião ou unidade federativa. Alguns estudos como Chaves et al., (2018) e Pucca Junior et al., (2020) utilizaram esta base de dados em seus estudos. No entanto, a SAGE possui dados limitados a estes vieses acima descritos.

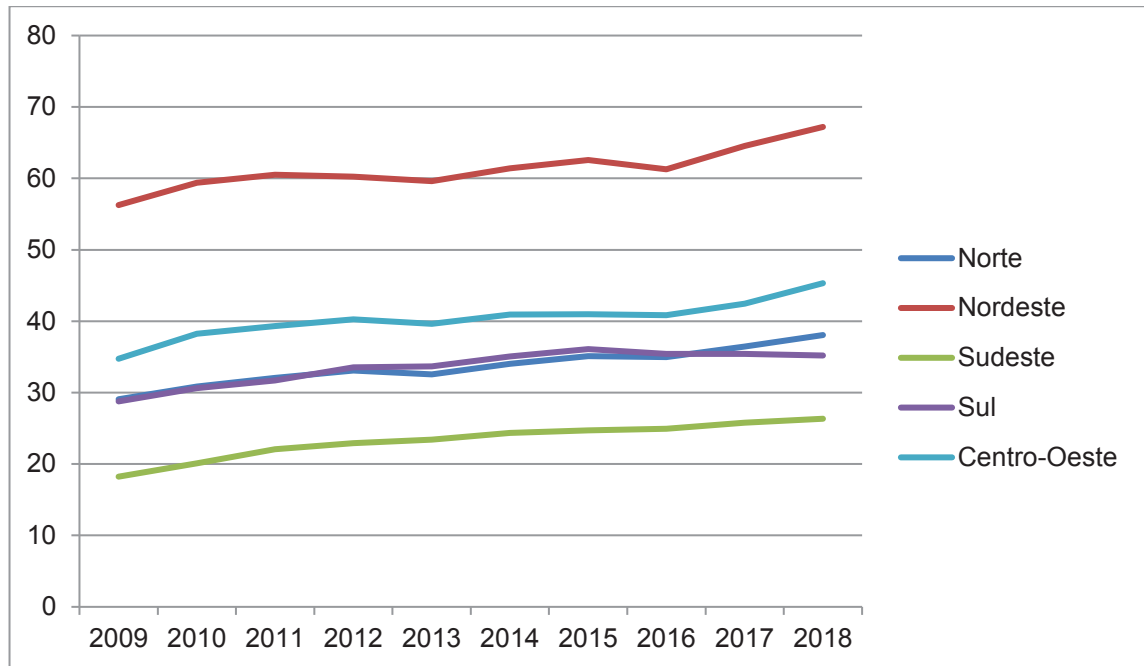
Uma questão importante a ser considerada são as diferentes formas de cálculo do indicador de cobertura populacional por eSB que podem impactar em seus resultados. Para este estudo foi utilizada a nota técnica - indicadores: cobertura de equipes de saúde da família e de saúde bucal (CONASS, 2015a) que determinava proporção da população da unidade federada atendida por eSB por meio do número de eSB implantadas x 3000 x 100 por população residente. Esta metodologia foi utilizada em estudos de Araújo e Machado (2018), Belotti et al. (2019) e Ditterich et al. (2019).

A metodologia descrita na Nota Técnica nº 2 do CONASS (CONASS, 2015b) que se referia aos indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores no período de 2013/2015 do COAP era mais específica, estabelecendo soma da carga horária dos cirurgiões dentistas equivalentes a quarenta horas multiplicadas por 3000. Segundo esta Nota Técnica “a soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas será equivalente ao nº de equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e na Saúde da Família”.

Para o período de 2017-2021 foi lançada Nota Metodológica pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) com novo método de cálculo para o indicador de Cobertura populacional **estimada** (grifo nosso) pela Saúde Bucal na Atenção Básica que consta no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores a fim de propor melhorias e torná-la mais fidedigna (BRASIL, 2016b). Nesta nota menciona-se que o indicador “mede a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica”. Para o método de cálculo estipulava-se o número de eSFSB multiplicado por 3450 somado ao número de eABSB parametrizadas e número de eSFSB equivalentes multiplicados por 3000 com denominador de estimativa populacional.

Outros métodos de cálculos foram encontrados como a Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal que determinava o número de eSB multiplicado por 3450 com denominador da população e multiplicação por 100 (BRASIL, 2010a). Esta metodologia de cálculo foi usada em estudo de Pinho et al., (2015) referente à cobertura de eSB nas macrorregiões brasileiras.

GRÁFICO 2 – COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018



FONTE: A autora (2020). Dados do DATASUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). Consulta em 04/01/20.

TABELA 3 – COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018

(continua)

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norte	29,07	30,84	32,04	33,09	32,57	34,01	35,12	34,95	36,45	38,06
AC	44,71	40,53	39,79	46,26	48,30	50,50	50,40	49,59	51,71	49,01
AM	27,85	28,87	29,34	30,08	30,73	33,61	36,26	34,49	36,54	36,98
AP	53,14	50,25	48,22	46,38	39,18	33,96	35,22	34,51	34,22	41,23
PA	18,83	21,63	23,57	24,47	24,68	25,84	27,45	28,03	29,83	31,78
RO	27,33	29,22	31,59	33,40	30,90	30,88	27,49	27,36	24,26	25,09
RR	37,01	41,22	37,81	38,34	30,12	32,00	33,82	29,75	35,01	36,94
TO	70,82	70,26	71,95	72,58	71,24	74,96	74,85	76,72	79,54	82,56
Nordeste	56,26	59,36	60,49	60,22	59,62	61,40	62,57	61,27	64,52	67,20
AL	58,55	60,66	61,08	62,46	61,35	61,78	61,87	62,25	61,50	64,91
BA	39,86	45,00	46,28	46,26	44,99	47,16	47,89	45,91	50,56	55,41
CE	50,12	53,05	55,15	54,55	54,85	55,91	58,76	56,76	61,73	62,38
MA	59,08	59,14	58,01	55,94	56,96	57,23	57,53	56,73	60,51	63,97
PB	93,98	96,61	95,51	95,62	94,19	96,45	97,65	97,66	98,00	101,04
PE	48,49	51,60	52,72	52,23	51,28	52,51	53,35	52,73	56,02	57,56
PI	89,28	91,86	97,63	99,47	101,38	108,74	111,61	111,70	114,62	114,96
RN	80,99	82,38	82,63	82,24	81,80	85,20	86,54	84,09	85,20	84,16
SE	62,24	62,09	64,74	64,67	63,26	62,85	63,13	59,85	59,92	62,81

(conclusão)										
Sudeste	18,23	20,08	22,05	22,92	23,43	24,35	24,70	24,95	25,77	26,34
ES	34,50	35,53	37,30	37,06	35,94	36,60	35,65	35,18	35,03	34,74
MG	32,69	36,71	39,14	40,01	41,17	42,48	43,61	43,46	45,77	48,75
RJ	13,57	15,96	20,13	21,66	20,84	21,94	21,52	22,87	23,26	22,31
SP	11,67	12,46	13,39	14,10	14,93	15,64	16,03	16,13	16,52	16,77
Sul	28,77	30,62	31,72	33,54	33,67	35,08	36,09	35,43	35,42	35,20
PR	32,87	35,69	35,90	37,21	38,08	38,36	38,56	37,46	36,44	36,16
RS	18,77	20,17	21,16	23,23	23,35	25,70	27,93	28,02	28,56	28,84
SC	39,42	40,03	42,69	44,84	43,73	45,31	45,49	44,24	44,86	43,84
Centro-Oeste	34,74	38,26	39,30	40,27	39,64	40,94	40,97	40,84	42,44	45,32
DF	1,50	2,69	3,68	7,02	6,34	8,62	8,95	9,67	10,56	19,97
GO	41,41	46,52	46,92	46,89	45,27	46,27	45,93	45,74	47,35	48,72
MS	51,73	53,77	55,46	57,96	58,90	60,35	60,31	59,16	60,70	63,21
MT	37,08	39,45	41,45	41,22	41,76	42,99	43,82	44,11	46,64	46,11
Total	32,47	34,76	36,24	36,95	36,92	38,22	38,92	38,54	40,03	41,21

FONTE: A autora (2020). Dados coletados no site do DATASUS do Ministério da Saúde. Dados populacionais do IBGE. Consulta em 05/01/20.

A cobertura populacional de eSB se manteve em crescimento durante o período analisado em quase todas as macrorregiões brasileiras, exceto na macrorregião Sul, que apresentou decréscimo a partir do ano de 2016. Todas as macrorregiões (exceto a Sudeste) tiveram queda pontual na cobertura no ano de 2016 retomando o crescimento nos anos seguintes. No entanto, no caso da macrorregião Sul a diminuição da cobertura persistiu passando de 36,09% em 2015 para 35,20% em 2018 (Tabela 3). Observa-se que a redução nesta macrorregião foi dada pelos estados de Paraná e Santa Catarina.

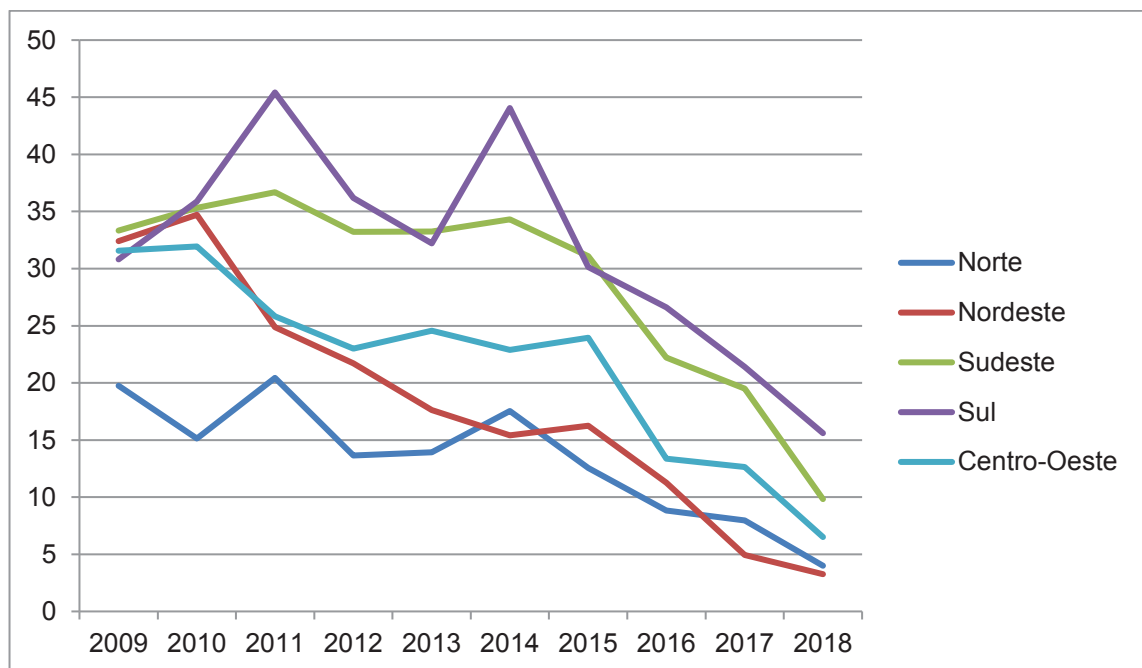
No ano de 2014 o estado do Paraná implantou a Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB) tendo como objetivo a mudança no conceito de assistência à saúde, devendo ser incentivada por aporte financeiro e melhoria da estrutura dos serviços da AB. No entanto, a despeito da implantação da RASB, o estado teve diminuição progressiva da cobertura por eSB a partir do ano de 2016. Estudo de Ditterich et al., 2019 avaliou a cobertura por eSB dos 399 municípios do Paraná no período de 2008 a 2017. Entre as conclusões deste estudo está o fato de que “o processo de desvalorização da atual política federal de saúde, no qual a saúde bucal não tem sido pauta na agenda de prioridades, refletindo na posição dos gestores na sua não ampliação e efetivação”. Neste sentido, embora o Paraná venha aparentemente implementando diretrizes no sentido de fortalecer a saúde bucal, cabe salientar que houve uma redução de quase 25% no montante de repasses financeiros federais para

este estado de 2016 a 2018, passando, respectivamente, de 43,9 milhões para 33,8 milhões. Vale salientar ainda que as ações implementadas neste estado não impactaram no desempenho dos indicadores analisados neste estudo (tabela 4 e 5), visto que as piores médias ocorreram no período de 2016 a 2018 para a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada e em 2016 e 2018 para a cobertura de primeira consulta odontológica programática.

Há grande disparidade na cobertura populacional de eSB nos diferentes estados e macrorregiões do país (tabela 3) que nem sempre corresponde ao desempenho em indicadores de saúde bucal.

Macrorregiões com maior cobertura populacional de eSB, como Nordeste e Centro-Oeste, não possuem os melhores desempenhos nos indicadores de cobertura de Primeira Consulta Odontológica e Escovação Supervisionada. Para a compreensão desta realidade é necessária clareza quanto a estes indicadores.

GRÁFICO 3 – COBERTURA DE AÇÕES COLETIVAS DE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA POR MACRORREGIÃO NO PERÍODO DE 2009 A 2018.



FONTE: A autora (2020). Dados DATASUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). Consulta em 04/01/20.

TABELA 4 – COBERTURA DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norte	19,75	15,12	20,44	13,64	13,93	17,55	12,55	8,82	7,95	4,00
AC	69,44	44,52	38,70	46,71	80,45	38,46	33,02	27,43	20,52	3,97
AM	28,96	26,75	23,99	21,99	20,94	20,79	27,13	18,10	14,07	4,25
AP	5,49	3,52	1,02	0,50	0,87	0,47	0,53	0,44	0,13	0,01
PA	9,84	4,87	6,52	4,54	3,33	14,99	2,21	1,99	1,02	0,71
RO	8,56	8,24	67,13	13,12	10,59	9,47	5,92	3,97	2,20	19,35
RR	10,60	5,44	2,40	1,96	1,35	0,60	2,76	1,21	0,86	1,37
TO	49,14	43,01	41,04	35,88	32,85	35,63	36,84	24,17	35,69	7,15
Nordeste	32,41	34,71	24,87	21,72	17,63	15,41	16,25	11,26	4,93	3,26
AL	51,55	47,43	39,60	26,61	19,90	17,14	36,81	10,25	6,96	1,99
BA	17,23	20,69	16,85	10,56	8,75	9,26	9,50	7,27	4,31	1,68
CE	76,21	88,99	46,73	44,79	32,90	31,45	26,11	9,40	7,25	12,50
MA	18,13	27,50	22,22	19,28	22,54	17,59	17,34	17,30	6,60	3,24
PB	25,21	17,84	38,46	16,03	18,13	7,30	2,72	2,18	2,49	0,16
PE	30,42	23,77	16,73	17,03	14,04	13,50	22,38	10,67	3,62	0,72
PI	16,71	22,10	16,40	35,88	26,47	12,56	9,57	45,55	6,00	0,28
RN	21,68	22,16	12,30	11,18	10,04	15,71	8,25	6,16	3,25	1,76
SE	35,42	27,30	18,01	28,07	11,74	9,97	9,10	6,21	2,72	1,22
Sudeste	33,33	35,33	36,69	33,21	33,25	34,31	31,08	22,21	19,50	9,83
ES	70,58	62,35	52,96	39,97	39,98	43,00	36,19	29,59	21,51	9,75
MG	48,27	39,82	44,81	41,54	49,93	43,79	46,79	32,55	31,27	11,73
RJ	7,31	18,85	32,10	32,62	24,69	31,62	20,41	7,46	8,83	3,39
SP	33,02	37,28	33,22	28,91	27,99	30,08	27,22	22,19	17,77	11,39
Sul	30,82	35,88	45,42	36,19	32,20	44,05	30,13	26,60	21,39	15,60
PR	34,68	40,64	52,38	47,87	41,51	65,52	43,60	34,12	26,77	17,35
RS	22,61	34,17	38,37	23,49	23,69	28,25	17,32	20,21	20,05	17,90
SC	38,71	30,85	45,81	38,25	31,09	35,00	29,24	24,83	14,86	9,12
Centro-Oeste	31,56	31,94	25,84	23,01	24,58	22,89	23,95	13,36	12,65	6,51
DF	1,72	1,87	1,31	1,27	5,69	3,50	3,79	4,87	5,42	2,79
GO	25,85	44,18	31,31	24,51	29,12	13,52	14,13	8,82	10,44	5,35
MS	37,09	35,00	31,75	32,86	26,54	29,31	33,73	19,94	18,15	11,72
MT	64,38	30,66	31,08	30,59	30,39	53,78	53,89	24,89	19,25	7,90
Total	31,49	33,31	32,49	28,03	26,48	28,18	24,72	17,99	14,23	8,10

FONTE: A autora (2020). Dados coletados no site do DATASUS do Ministério da Saúde. Dados populacionais do IBGE. Consulta em 05/01/20.

Após inclusão da saúde bucal no monitoramento e avaliação do Pacto da Saúde pela Portaria nº 3810/2010 (BRASIL, 2010b), o Ministério da Saúde publicou uma Nota Técnica esclarecendo sobre o indicador de Média de Ação Coletiva de Escovação Supervisionada (BRASIL, ca 2011). A indicação é que o registro fosse feito por usuário mensalmente independente da frequência da realização da atividade que

poderia ser semanal, mensal, trimestral, quadrimestral ou semestral. Sendo assim a concepção do indicador está atrelada à cobertura da ação e não a sua frequência, ou seja, a Nota Técnica deixa claro que este indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso e não se constitui um indicador de frequência.

A meta colocada para este indicador pela Portaria nº 3810/2010 era de 3% para o ano de 2011. Neste ano a maior média alcançada neste indicador foi de 67,13% no estado de Rondônia. No entanto, no ano anterior, 2010, o mesmo estado teve uma média de 8,24% e no ano seguinte, 2012, uma média de 13,12% (tabela 4). Cabe ressaltar que a cobertura de equipes de saúde bucal para o estado de Rondônia era de 31,59% no ano de 2011. Portanto, não houve variação significativa na cobertura populacional por eSB no estado de Rondônia nos anos mencionados que justificasse a variação ocorrida para o referido indicador.

Neste mesmo ano, 2011, a menor cobertura foi do estado do Amapá com 1,02%. A média histórica do estado no período estudado, de 2009 a 2018, é baixa. No entanto sua cobertura populacional por eSB era no ano de 2011 de 48,22%, maior que o estado de Rondônia.

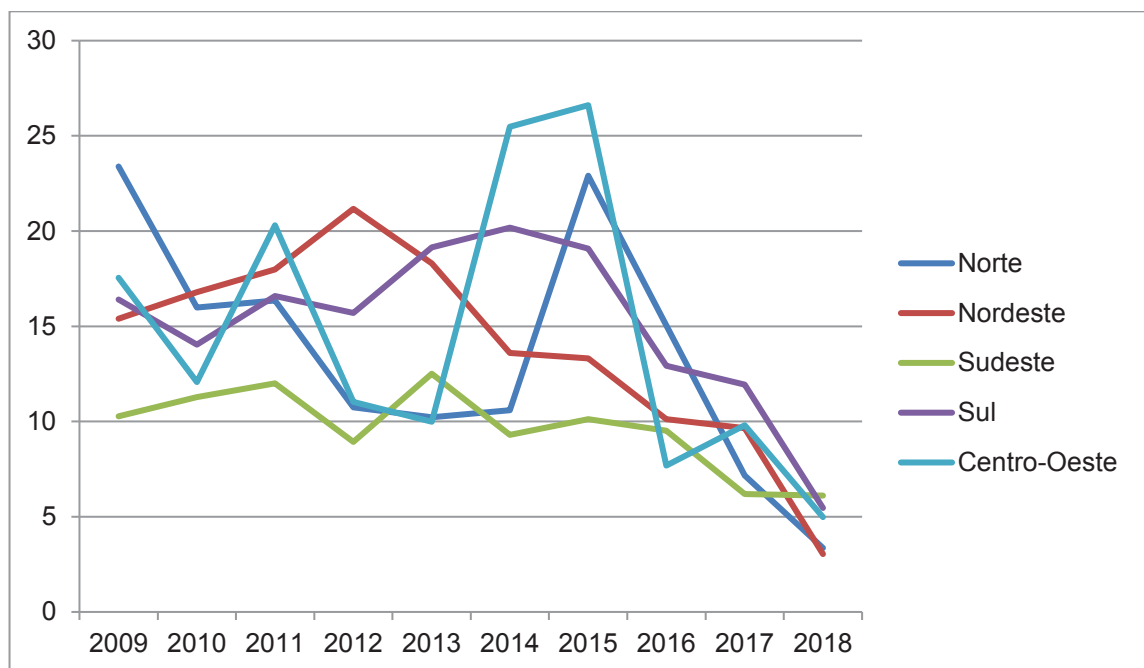
Embora possam ser aventadas variações do indicador de Escovação Supervisionada por sua própria característica, de registro segundo planejamento pela equipe de saúde ou município, observa-se pelos gráficos 3 e 4 que este indicador apresentou maior estabilidade de cobertura que o indicador de Primeira Consulta Programática no mesmo período.

O indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática visa analisar o acesso da população a tratamento odontológico pelas eSB. No entanto, houve queda acentuada na cobertura deste indicador a partir do ano de 2015 e 2016 em todas as macrorregiões mesmo com o aumento da cobertura populacional por eSB durante o período. A região Nordeste, historicamente com a maior cobertura populacional de eSB, aponta queda neste indicador já a partir do ano de 2012 (gráfico 4). No período analisado, o estado de Tocantins obteve a maior média deste indicador no ano de 2009 com 64,15%, a cobertura populacional por eSB era de 70,82% (tabela 5). No entanto a cobertura populacional de eSB deste mesmo estado era de 82,56% no ano de 2018 e o desempenho neste indicador foi de 3,37%.

Analisando cada um dos estados da macrorregião sudeste individualmente, percebe-se em todos uma tendência de queda, exceto Rio de Janeiro que teve elevação no ano de 2018 com cobertura de 7,86% em comparação aos anos

anteriores 2017 de 4,03% e 2016 de 4,76%. Cabe salientar que esta foi a maior média de cobertura do indicador na década de 2009 a 2018 neste estado. No entanto as quedas deste indicador em Minas Gerais e São Paulo, estados populosos, puxaram as médias desta macrorregião para baixo. Minas Gerais chegou a uma cobertura de 22,2% no ano de 2013 passando para 4,03% em 2018.

GRÁFICO 4 – COBERTURA POPULACIONAL DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA POR MACRORREGIÃO NO PERÍODO DE 2009 A 2018.



FONTE: A autora (2020). Dados do DATASUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). Consulta em 04/01/20.

Em relação à macrorregião Centro-Oeste, todos os estados, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, exceto Distrito Federal, possuem cobertura populacional de eSB acima de 40%. O Distrito Federal quase duplicou o número de eSB de 2017 para 2018 passando de uma cobertura de 10,56% para 19,97%. No entanto, os indicadores para o Distrito Federal se comportaram de maneira inversa. A média de Escovação Dental Supervisionada caiu de 5,42 em 2017 para 2,79 em 2018 e cobertura de Primeira Consulta Odontológica caiu de 3,51 em 2017 para 1,03 em 2018.

Estudo realizado por Basso et al. (2019) analisa a construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal e as ações que vem sendo tomadas a parti de 2017 para reestruturação. Foram tomadas medidas de vincular uma eSB a no

máximo duas eSF, cadastramento de equipes no CNES e no Ministério da Saúde a fim de receber repasses financeiros do governo federal e formulação de Linha Guia de Saúde Bucal.

TABELA 5 – COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA NAS MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norte	23,39	15,98	16,36	10,75	10,22	10,59	22,90	15,04	7,17	3,36
AC	10,02	9,66	10,36	8,91	7,63	21,07	19,14	9,12	4,35	0,75
AM	13,22	11,43	12,32	8,58	8,68	10,58	31,49	12,95	6,49	3,24
AP	10,78	7,96	8,40	7,68	6,30	5,19	5,98	5,48	3,37	0,58
PA	26,66	11,84	10,91	11,58	11,66	11,44	17,97	19,43	8,30	3,38
RO	7,92	5,80	49,83	12,92	4,75	4,67	49,81	3,60	1,82	6,65
RR	18,35	36,69	58,95	12,31	7,79	14,98	11,29	28,65	5,54	1,97
TO	64,15	62,15	11,85	11,17	16,89	8,67	10,30	13,48	13,08	3,37
Nordeste	15,39	16,80	17,98	21,17	18,31	13,60	13,31	10,12	9,65	3,04
AL	13,15	11,90	11,76	24,63	8,14	6,97	7,17	6,36	4,91	0,30
BA	11,86	12,38	16,84	30,96	19,90	14,12	14,27	6,42	11,05	2,70
CE	12,39	12,21	10,58	11,01	10,35	9,76	9,74	8,08	6,35	3,79
MA	22,50	32,00	34,34	31,85	26,53	17,27	19,81	16,07	14,73	8,54
PB	17,79	22,68	18,14	19,22	16,40	13,23	9,42	8,68	6,49	0,59
PE	14,69	14,65	20,24	12,23	15,50	11,29	10,81	12,73	9,14	2,11
PI	11,38	11,04	14,52	19,96	28,45	27,19	26,93	13,61	16,42	1,12
RN	22,53	16,14	15,53	14,71	31,31	17,65	13,51	7,81	8,46	1,65
SE	28,39	32,74	12,31	10,64	9,65	8,58	7,61	20,80	4,73	2,21
Sudeste	10,27	11,28	12,01	8,93	12,51	9,30	10,12	9,52	6,19	6,11
ES	9,30	9,14	13,51	8,39	25,94	6,84	10,26	8,33	5,07	6,07
MG	11,35	19,19	21,04	11,94	22,20	11,39	15,28	14,30	8,08	4,35
RJ	6,80	6,56	6,25	5,11	6,87	6,70	7,40	4,76	4,03	7,86
SP	11,18	9,53	9,84	9,02	8,88	9,50	8,69	9,15	6,20	6,27
Sul	16,40	14,03	16,59	15,70	19,14	20,18	19,08	12,93	11,93	5,46
PR	22,13	15,51	15,60	15,67	16,59	19,59	18,27	9,86	19,96	8,31
RS	11,98	10,29	11,78	15,72	11,91	19,77	20,63	17,95	6,11	2,65
SC	14,27	17,97	26,43	15,74	35,55	21,84	17,86	9,71	8,35	5,38
Centro-Oeste	17,55	12,07	20,30	11,03	9,99	25,47	26,61	7,69	9,80	4,98
DF	7,38	8,75	10,20	6,01	5,76	15,91	35,71	4,15	3,51	1,03
GO	13,88	12,31	15,62	9,67	9,73	29,19	37,29	7,22	12,37	5,42
MS	13,44	13,94	49,63	17,42	13,69	35,96	12,87	12,32	10,83	8,86
MT	36,87	12,87	14,51	12,84	11,22	17,89	8,04	8,04	9,46	4,39
Total	14,17	13,66	15,31	13,61	14,69	13,37	14,62	10,51	8,32	4,85

FONTE: A autora (2020). Dados coletados no site do DATASUS do Ministério da Saúde. Dados populacionais do IBGE. Consulta em 05/01/20.

Linhas-guia são protocolos de atenção para padronização de ações baseadas em linhas de cuidado. Prevêem a organização sistêmica da rede de atenção de determinada área da saúde. Em 2006 o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal. O documento pretendia fornecer informações “quanto à organização das ações de saúde bucal em cada Estado, Região, Município ou Distrito. Deve ser, pois, uma linha-guia (...)” (BRASIL, 2006b).

Muitos estados, assim como o Distrito Federal, publicaram linhas-guia de saúde bucal: Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Paraná, além de alguns municípios, especialmente os de grande porte ou capitais, como Porto Alegre, Fortaleza, Manaus, Goiânia, Natal e Curitiba. Os estados da Bahia e Rio de Janeiro publicaram manuais para gestores que possuem similaridade a linhas-guia embora não sejam destinados, aparentemente, a todos os profissionais da rede de atenção.

As normativas legais federais, desde a Portaria nº 1444/2000, determinam que os municípios alimentem os bancos de dados com as informações das ações desenvolvidas pelas eSB. Embora o número de eSB ainda se mantenha em crescimento constante no período da terceira década do SUS, o mesmo não acontece com os indicadores de saúde bucal observados.

Ambos os indicadores propostos para análise neste estudo, Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas e Ação Coletiva de Escovação Supervisionada, tiveram redução a partir do ano de 2015 em todas as macrorregiões brasileiras conforme se observa nos gráficos 3 e 4.

A implantação em 2013 do sistema e-SUS AB como estratégia do Ministério da Saúde para melhoria da informatização da Atenção Básica incluía a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) instituído pela Portaria nº 1412 de 10/07/13 (BRASIL, 2013). Além do SISAB dois outros sistemas compõem o e-SUS: o de Coleta de Dados Simplificado (CDS) e de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Seria possível aventar que a transição dos sistemas de informação não está relacionada à queda acentuada nos indicadores de saúde bucal a partir do ano de 2015 visto que o sistema foi implantando em 2013. No entanto, estudo realizado por Cavalcante et al. (2018) sobre a implantação da estratégia e-SUS em 54 municípios do oeste do estado de Minas Gerais descreve alguns entraves. A coleta de dados deste estudo foi realizada de maio a junho de 2015, dois anos após a implantação do

e-SUS. Segundo o estudo apenas 58,4% das Unidades de Saúde pesquisadas possuíam o CDS enquanto o PEC estava instalado apenas em 14% delas. Menciona-se ainda que alguns municípios possuíam sistemas de informação próprios adquiridos de empresas privadas integrados ao e-SUS na modalidade CDS.

Os resultados deste estudo podem ajudar parcialmente a entender os dados encontrados quanto ao desempenho do estado de Minas Gerais nos indicadores de Primeira Consulta Odontológica Programática e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada. Em ambos os indicadores o estado de Minas Gerais obteve queda progressiva dos quantitativos a partir do ano de 2013.

Em análise do banco de dados do DATASUS para o indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática constatou-se que dos 853 municípios mineiros 392 (45,9%) estão com dados zerados para este indicador no ano de 2018, o que poderia explicar em partes o baixo desempenho do estado neste ano. No entanto, para o ano de 2017 foram apenas 27 municípios sem alimentação dos dados (3,2%) e ainda assim o desempenho corresponde a apenas 56,9% do quantitativo registrado em 2016. Portanto, embora a ausência de registro das ações nos bancos de dados deva ser considerada e monitorada, não se aplica como explicação definitiva e abrangente para a queda nos indicadores.

Estudo de Barros e Chaves (2003) sobre a utilização do SIASUS para análise das ações em saúde bucal observou que havia “regularidade na alimentação dos dados de procedimentos clínicos individuais, ao contrário do observado nos procedimentos coletivos, indicando a necessidade de padronização no registro destes”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de saúde bucal, entre os anos de 1998 e 2008, teve sua participação ampliada na segunda década do SUS, o que resultou da expansão da rede de atenção básica e de atenção especializada e significativo incremento no montante de repasses financeiros federais a estados e municípios, este estudo procurou analisar se este panorama manteve-se na década seguinte, período de 2009 a 2018. Constatou-se que o aumento no número de eSB se manteve constante, porém com desaceleração a cada ano, corroborando estudos anteriores (CHAVES et al., 2017; ROSSI et al., 2019).

Ainda durante o período analisado observou-se a publicação de várias portarias ministeriais que implantaram diversos tipos de equipes de saúde para cadastramento junto ao Ministério da Saúde. A pluralidade da composição das equipes buscava contemplar especificidades de realidades regionais e locais. Sendo assim, a aprovação de nova versão da PNAB pela Portaria nº 2436 de 21/09/17 que flexibiliza a composição das equipes de Atenção Básica e a recente publicação da Portaria nº 2539 de 26/09/19 (BRASIL, 2019a) que estabelece financiamento para equipes de saúde bucal com carga diferenciada (minorada) merecem monitoramento para análise do impacto na realidade dos municípios.

O desempenho dos indicadores analisados, primeira consulta odontológica programática e ação coletiva dental supervisionada, demonstrou-se muito irregular no decorrer do período analisado, sofrendo alterações de cobertura que não condizem com o incremento do número de eSB em todas as macrorregiões. Ainda assim, constatou-se diminuição significativa em ambos a partir do ano de 2015. Aventa-se que isto possa ser parcialmente explicado pela mudança do sistema de informação utilizado na AB, do SIAB para o SISAB, mas estudos complementares precisam ser realizados futuramente a fim de confirmar esta hipótese.

Para compreender e estabelecer hipóteses mais palpáveis quanto ao desempenho dos indicadores de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras, além da análise de cada estado, é preciso que sejam analisadas as condições dos municípios. A falha no registro das ações das eSB tem sido apontada em diversos estudos, dificultando a análise de dados e desempenho.

Em breve análise do estado de Minas Gerais quanto à diminuição no desempenho do indicador de primeira consulta odontológica programática no ano de

2017 e 2018 foi fundamental observar o comportamento dos municípios no registro na base de dados. Certamente o mesmo pode ser dito quanto a outros estados tendo em vista a grande oscilação constatada nos registros de primeiras consultas odontológicas programáticas e de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

No entanto, talvez a questão mais relevante e preocupante se refira ao financiamento do SUS e, neste caso, da saúde bucal. O subfinanciamento sempre foi um ponto de discussão, tanto por estudiosos como por representantes de organizações sociais. No caso da área de saúde bucal, conforme demonstrado neste estudo, a expansão da rede de atenção básica se deu por meio de incentivo financeiro federal aos municípios. Os resultados deste estudo demonstram diminuição expressiva do repasse financeiro federal a partir do ano de 2017, após aprovação da EC nº 95/2016. No ano de 2018 a diminuição foi ainda mais expressiva, considerando também o impacto dado pela alteração nos blocos de financiamento dada pela Portaria nº 3992 de 28/09/17.

Embora tenham sido elegidas as macrorregiões brasileiras como recorte deste estudo, durante a análise de dados ficou clara a necessidade de olhar para cada unidade federativa. Os estados em cada macrorregião possuem similaridades, no entanto também há especificidades que são determinantes para o entendimento da dinâmica do desempenho da política pública relacionada à área de saúde bucal. Sendo assim seriam necessários estudos específicos de cada estado para comparar, por exemplo, a distribuição regional das eSB (implantação e eventuais diminuições) além de políticas estaduais direcionadas para a saúde bucal, inclusive o financiamento na composição tripartite.

Outra questão muito importante, considerando o viés da municipalização no processo de descentralização no SUS, seria analisar o desempenho dos municípios. Municípios menores e com menor IDH correm o risco de não conseguir manter a cobertura de eSB com a progressiva restrição do financiamento federal e aumento da composição municipal no financiamento tripartite.

Outras medidas recentes do ano de 2019, portanto fora do período proposto para este estudo, tendem a agravar a situação do SUS e, conseqüentemente, da saúde bucal. A mudança no financiamento da Atenção Básica dada pela Portaria nº 2979 de 12/11/19 (BRASIL, 2019b) alterando o repasse do PAB fixo, até então calculado pela população total de cada município, passando a estar vinculado ao número de pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde, tende a restringir ainda

mais os repasses federais que vem sofrendo cortes desde a aprovação da EC nº 95 em 2016.

Estudo de prospecção realizado por Lorena Sobrinho et al. (2020) referente a oferta de serviços de saúde bucal e repasses financeiros para a atenção básica nos próximos 30 anos concluiu que “as ameaças às conquistas históricas relativas à construção das respostas do Estado aos problemas de saúde bucal são reais e alarmantes”.

A construção do SUS se deu lentamente e com grandes entraves. Os últimos anos, desde 2016, tem sido caracterizados por sucessivos retrocessos nas políticas públicas de saúde, tanto no financiamento pelo governo federal quanto por normativas (re)estruturantes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. D. T.; MACHADO, F. C. A. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência Plural*, v. 4, n. 2, p. 73-86. 2018.
- ASSIS, L. N.; PAIM, J.S.; SOARES, C. L. M. Políticas de saúde bucal no período pós-constituinte. In: CHAVES, S. C. L. (org.). *Política de Saúde Bucal no Brasil*. Salvador: Editora UFBA, 2016. p. 117-136.
- BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1026-1035, jul./ago.2005.
- BARROS, S. G. de.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 1, p.41-51, jan./mar. 2003.
- BASSO, M. B. et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 06, Rio de Janeiro, p. 2155-2165, jun. 2019.
- BELOTTI. L. et al. Evolução da atenção em saúde bucal antes e após a política nacional de saúde bucal. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 21, n. 3, p. 30-38, jul-set, 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988a.
- BRASIL. Decreto nº 3745, de 05 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2001a.
- BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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*, Brasília, DF. 2011a.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de dezembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2000a.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016a.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. 1986. Série C: E. Brasília; 1988b. 137 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde – Divisão de Atenção Básica. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 Cárie Dental. 1996. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União de 29 de dezembro de 2000, seção 1, p. 85. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Regulamentação da Portaria nº 144, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 46-E, 07 mar. 2001. seção 1, p. 67. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica Saúde Bucal, n. 7, março, 2001. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/informe7.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020. 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2003: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1720.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1434, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde nos âmbito da estratégia

Saúde da Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF. 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 21, de 05 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica – 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, de 07 jan. 2005, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17, Brasília, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Nota Técnica, de 09 de agosto de 2010. Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf>. Acesso em 05 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3810, de 07 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 10 dez.2010. 2010b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3840_07_12_10.pdf>. Acesso em: 25 fev.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota técnica de Indicador Média da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada, Brasília, [ca 2011].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1599, de 09 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota metodológica. Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada pela Saúde bucal na Atenção Básica. 2016b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº2/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, Brasília, DF. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, 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/GMMS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2019b.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.

CAMPOS, G. W. Efeitos Paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 417-445.

CAMPOS, M. S. C.; VIANA, N.; SOARES, C. B. mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, abr/jun. 2015.

CARRER, F. C. A. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ARAUJO, M. E. *SUS e Saúde Bucal no Brasil*. 1ª edição. São Paulo, Faculdade de Odontologia USP, 2019. p. 23-31.

CAVALCANTE, R. B. et al. Informatização da Atenção Básica a saúde: avanços e desafios. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 23, n. 3, 2018.

CHAVES, S. C. L. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016.

CHAVES, S. C. L.; MOYSÉS, S. Política e saúde: conceitos básicos e abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde bucal. In: CHAVES, S. C. L.(org.). *Política de saúde bucal no Brasil*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2016, p. 13-46.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1971-1803, jun. 2017.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 76-91, out. 2018.

CHAVES, S. C. L. et al. *Desmonte da saúde bucal no SUS*. Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/debatesepensamentos-desmontesaudebucal/>>. Acesso em: 03/11/19.

CHISINI, L. A., et al. Estudo de 19 anos de procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 345-353, 2019.

CONASS. *Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS*. Nota Técnica - Indicadores: Cobertura de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, 2015a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT6-Cobertura-ESF-e-ESB.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Nota Técnica – Indicadores universais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e indicadores – 2013-2015. 2015b. Disponível em: < https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT2-SAUDE-BUCAL.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

CONTARATO, P. C.; MACHADO, C. V. Política nacional e contexto local: a implementação da política de saúde bucal em uma capital brasileira. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 16, n. 4, out-dez 2014.

COSTA, R. C. et al. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *REFACS*, v. 6, n. 2, p. 212-219, 2018.

DITTERICH, R. G. et al. Saúde bucal na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a construção da rede de atenção à saúde bucal no estado do Paraná. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ARAUJO, M. E. *SUS e Saúde Bucal no Brasil*. 1ª edição. São Paulo, Faculdade de Odontologia USP, 2019. p. 64-71.

FERNANDES, J. K. B. et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, fev. 2016.

FIGUEIREDO, J. O., PRADO, N. M. de B. L., MEDINA, M. G., PAIM, J. S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 37-47, out. 2018.

FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições econômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 13, n. 1, p. 126-138, 2010.

FRANCO, D. H. Financiamento público e privado da saúde bucal no Brasil e no mundo. 2017. 71 f. Tese (Doutorado em Odontologia, Área de Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/325317/1/Franco_DecioHenrique_D.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

GATTAS, G. M. B. Avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé – MT. 2010. Dissertação, Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al., *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Edição Comemorativa, 25 anos do SUS. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014, p. 493-545.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 8, 2018.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-2015, 2011.

JIN, L. J. et al. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. Oral Diseases. V. 22, n. 7, p. 608-619, 2015.

LORENA SOBRINHO, J. E. de, et al. Qual será a oferta de serviços de saúde bucal e estimativa de repasses para a atenção básica nos próximos 30 anos? Um estudo de prospecção. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 14, n. 1, p. 89-102, mar. 2020.

MARTINS, P. H. S. et al. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. Stomatos, v. 23, n. 45, jul-dez. 2017.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 224-243, set. 2017.

MOYSÉS, S. J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al., Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Edição Comemorativa, 25 anos do SUS. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014, p. 609-633.

MOYSES, S. J. A determinação social da saúde bucal. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ARAUJO, M. E. SUS e Saúde Bucal no Brasil. 1ª edição. São Paulo, Faculdade de Odontologia USP, 2019. p. 12-17.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 95, 2008.

NARVAI, C. P. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, P. C. O fim do Brasil Sorridente? Jornal Odonto, edição 238, 17 de set 2017. Disponível em:
<<https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm>> Acesso em 23/02/20.

NARVAI, P. C. Ocaso do “Brasil Sorridente” e perspectivas da Política Nacional de Saúde bucal em meados do século XXI. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 14, n. 1, p. 175-187, mar. 2020.

- NEVES, M., GIORDANI, J. M. do A., HUGO, F. N. Atenção primária à saúde no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.
- PARRO, Y. M.; GUERRERO, A. V. P. O direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 108-129, 2016.
- PERES, M. A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. UK, v. 394, p. 249-260, 20-26 jul. 2019.
- PINHO, J. R. O. et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Revista da Associação Paulista de cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 80-85, jan./mar. 2015.
- PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília, 2013.
- PNUD. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. PNUD, IPEA, FJP, Brasília, 2016.
- PROBST, L, F. et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4437-4448, dezembro 2019.
- PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 14, n. 1, mar. 2020.
- ROSSI, T. R. A. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2018.
- ROSSI, T. R. A. et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde Debate*, São Paulo, v. 42, n. 119, p. 826-836, 2018.
- ROSSI, T. R. A. et al. Crise Econômica, austeridade e seus efeitos sobre o funcionamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, nov. 2019.
- SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, julho 2018.
- SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.
- SILVA, R. O. C. da, GRAZIANI, G. F., DITTERICH, R. G. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 65-75, mar. 2020.

- SILVEIRA, A. C. da; MACHADO, C. V.; MATTA, G. C. A atenção primária em saúde na agenda da Organização Pan-Americana de Saúde nos anos 2000. *Trab.Educ.Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 9. 31-44, jan/abr. 2015.
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n 5, mai 2011.
- STUCKLER, D.; BASU, S. *A economia desumana*. 1ª edição. Lisboa: Editora Bizâncio, 2014.
- TAVARES, P. C. F., ALMEIDA, E. T. S. Atenção Básica em saúde bucal no estado de Goiás de 2001 a 2013. *Revista Com.Ciências Saúde*, v.28, n. 2, p. 226-233, 2017.
- VIEIRA, F. S. Crise Econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Nota Técnica 26, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2016. Disponível em:
<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7266/1/NT_n26_Disoc.pdf> Acesso em: 23 de fevereiro de 2020.
- WATT, R. G. et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*. UK, v. 394, p. 261-271, 2019.
- ZERMIANI, T. C. et al. Indicadores de desenvolvimento humano e de saúde bucal na atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR. *Revista da Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo*, v. 19, n. 2, p. 185-192, maio/ago. 2014.