



PANORAMA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018

ORAL HEALTH IN PRIMARY CARE PANORAMA IN BRAZILIAN MACRO-REGIONS FROM 2009 TO 2018

 **Lara Cubis de Lima**

Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná – UFPR.
Curitiba, Paraná – Brasil.
lara.cubis@hotmail.com

 **Deivisson Vianna Dantas dos Santos**

Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná – UFPR.
Curitiba, Paraná – Br sil.
deivianna@gmail.com

 **Rafael Gomes Ditterich**

Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva). Universidade Federal do Paraná – UFPR.
Curitiba, Paraná – Brasil.
prof.rafaelgd@gmail.com

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. 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, fosse um período de consolidação. No entanto, o que se constata na presente análise é o desmonte das políticas públicas e fragilização da área de saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Financiamento dos sistemas de saúde. Política de saúde. Indicadores básicos de saúde. Atenção primária à saúde.

Abstract: This study analyzed the oral health in primary health care panorama from 2009 to 2018 in Brazilian macro-regions. Thus, the following indicators were used: populational coverage of oral health teams, Programmatic First Dental Appointment, and Collective Action of Supervised Dental Brushing. Governmental financial transfers for states and cities to oral health in primary health care were also analyzed. Although populational coverage indicators of oral health teams continued to grow, as of 2015, there was an expressive decline in the other indicators' performance. The sum of federal resources destined to the tripartite financing of the oral health actions for states and cities suffered a high impact after the approval of the Constitutional Amendment n. 95 in 2016, especially in 2018, also affected by the change in financing blocks caused by the Ordinance n. 3992 from 2017. After the expansion of oral health in the second decade of the Unified Health System (1999 to 2008), with direction and creation of public policies for this area, the expectation was that the following decade (2009 to 2018), would be a period of consolidation. However, what is noted is the dismantling of the public policies and fragilization of the oral health area.

Keywords: Oral health. Health system financing. Health policy. Health status indicators. Primary health care.

Cite como

American Psychological Association (APA)

Lima, L. C., Santos, D. V. D., & Ditterich, R. G. (2021, set./dez.). Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 10(3), 275-295.
<https://doi.org/10.5585/rgss.v10i3.17952>.



Introdução

A descentralização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) prevista no texto da Constituição brasileira de 1988 em seu artigo 198. A Lei n. 8080/90 indicava a descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços e ações de saúde para as unidades federativas e para os municípios (Lei n. 8080, 1990).

O processo de descentralização foi regulamentado inicialmente pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) nos anos de 1991, 1993 e 1996 (Resolução n. 258, 1991; Portaria n. 545, 1993; Portaria n. 2203, 1996) seguidas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002 (Portaria n. 95, 2001; Portaria n. 373, 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.

Algumas instâncias de negociação e pactuação entre os entes federados foram criadas pelas Normas Operacionais Básicas. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é composta por representantes das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde de cada estado e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de esfera federal é 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) (Portaria n. 545, 1993; Decreto n. 7508, 2011).

O governo federal induziu políticas de saúde aos entes federativos por meio de normativas legais atreladas a repasses financeiros via fundo a fundo, passando a ser o principal financiador na composição tripartite (Mendes & Marques, 2014). O caso da saúde bucal acompanhou esta regra. No início da segunda década do SUS, com a publicação da Portaria n. 1444 em 28 de dezembro de 2000, criou-se um incentivo federal aos municípios para implantação de equipes de saúde bucal (eSB) vinculadas a equipes de saúde da família (Portaria n. 1444, 2000).

O item 5G do Anexo I da Portaria n. 267 de 06 de março de 2001 (Portaria n. 267, 2001) que 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 n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000).



A partir daí o número de eSB tem aumentado progressivamente em todo o país. Segundo o Informe n. 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 (Ministério da Saúde [MS], 2001). Com o incentivo e indução do governo federal, o número de equipes de saúde bucal no Brasil, credenciadas junto ao Ministério da Saúde, teve um grande incremento, passando de 4261 em 2002 para 17801 eSB em 2008, final da segunda década de vigência do SUS. 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%) (<https://datasus.saude.gov.br/>, recuperado em 16 fevereiro, 2020).

Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (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 por meio 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 básica com a atenção especializada.

Diante deste cenário de avanços na área de saúde bucal no SUS, ocorrido principalmente na segunda década de sua vigência, de 1999 a 2008, o objetivo deste estudo foi analisar se este cenário se manteve na década seguinte, de 2009 a 2018, considerando o recorte das macrorregiões brasileiras, a fim de identificar possíveis diferenças regionais utilizando o desempenho de alguns indicadores de saúde, da cobertura populacional por eSB e de repasses financeiros federais.

Considerando que as induções financeiras federais estão atreladas à adesão a políticas específicas do governo federal, aventa-se que a expansão da cobertura populacional por eSB e o montante de repasse financeiro federal pode ter se dado de forma desigual entre as macrorregiões brasileiras e que isto pode ter impacto negativo no desempenho dos indicadores de saúde bucal analisados.

Muitos estudos relacionados às políticas públicas direcionadas para a área de saúde bucal possuem enfoques direcionados ao repasse financeiro federal, ao desempenho nos indicadores de saúde e produção ambulatorial e ao impacto nas condições de saúde da população (Narvai, 2011; Pucca *et al.*, 2020; Chaves *et al.*, 2015; Chaves, Almeida, Reis, Rossi & Barros, 2018; Rossi, Chaves, Almeida, Santos & Santana, 2018; Rossi, Lorena, Chaves &



Martelli, 2019; Scherer & Scherer, 2015). Entretanto, os referidos estudos possuem enfoque nacional, sem considerar possíveis especificidades regionais.

Constatou-se uma quantidade limitada de estudos que contemplem as macrorregiões brasileiras e, ainda assim, restritos a um enfoque específico como o de Chisini *et al.* (2019), que analisou a produção ambulatorial odontológica realizada no SUS dos anos de 1999 a 2017; Pinho, Souza, Vilas Bôas, Marques e Neves (2015) que analisaram a cobertura de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras; e Fernandes, Pinho, Queiroz e Thomas (2016) que avaliaram os indicadores de saúde bucal nas unidades federativas segundo as pactuações federais com foco no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Deste modo, o presente estudo contemplou analisar de forma conjunta a cobertura populacional por eSB, o desempenho de indicadores de saúde bucal e as mudanças ocorridas nas políticas públicas federais na década mais recente, período de 2009 a 2018, com ênfase no repasse financeiro federal para saúde bucal nas macrorregiões brasileiras a fim de compreender possíveis especificidades e impactos regionais.

Metodologia

Estudo retrospectivo, 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, serão 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 site do DATASUS do Ministério da Saúde.

É importante destacar que no SUS existem duas bases de dados que apresentam discrepância quanto ao número de equipes de saúde bucal, a base de dados do DATASUS e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), ambas são bases de dados do Ministério da Saúde. O site do DATASUS possui dados disponíveis a partir de 2007, suficientes para este estudo que se delimita à 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 populacional por equipes de saúde bucal (eSB), produção ambulatorial dos indicadores de primeira consulta



odontológica programática, ação coletiva de escovação dental 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 artigo.

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. 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 n. 3992 de 28 de dezembro de 2017, 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.

A base de cálculo para cobertura populacional por equipes de saúde bucal foi feita segundo a 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 (Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas x 3000 x 100/população residente).

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®.

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



Resultados

A Portaria n. 3810 de 07 de dezembro de 2010 estabeleceu objetivos, metas e indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde bucal no Pacto pela Saúde (Portaria n. 699/2006). A meta estabelecida para o ano de 2011 para o indicador de cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família foi de 40%; e para o indicador de média da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi de 3%. Os objetivos eram ampliar o número de eSB e aumentar a prevenção das principais doenças bucais.

No entanto, a única macrorregião a cumprir a meta proposta de cobertura no ano de 2011 foi a Nordeste, atingindo 59,36% (Tabela 1), inclusive porque ela manteve-se acima desta cobertura durante todo o período analisado. Além desta macrorregião, apenas a macrorregião Centro-Oeste atingiu a meta de cobertura de 40%, mas a partir do ano de 2012 (com leve declínio no ano de 2013).

Há grande disparidade na cobertura populacional de eSB nos diferentes estados e macrorregiões do país (Tabela 1) que nem sempre corresponde ao desempenho em indicadores de saúde bucal.



Tabela 1 - Cobertura populacional de equipes de saúde bucal (%) nas macrorregiões e unidades federativas no período de 2009 a 2018

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
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: Autores (2021).

Macrorregiões com maior cobertura populacional de equipes de saúde bucal, como Nordeste e Centro-Oeste, não possuem os melhores desempenhos nos indicadores de cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada. Para a compreensão desta realidade é necessária clareza na função destes indicadores.

A Nota Técnica do Ministério da Saúde sobre o indicador de Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (Ministério da Saúde, s.d.) orientava 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 à sua frequência, ou seja, o documento deixa claro que este indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso e não se constitui um indicador de frequência.

Tabela 2 - Cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada nas 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: Autores (2021).





A meta colocada para este indicador pela Portaria n. 3810/2010 era de 3% para o ano de 2011 (Portaria n. 3810, 2010). Neste ano a maior média alcançada neste indicador foi de 67,13% no estado de Rondônia. Entretanto, no ano anterior, 2010, o mesmo estado teve uma média de 8,24%; e no ano seguinte, 2012, uma média de 13,12% (Tabela 2). Cabe ressaltar que a cobertura de eSB para o estado de Rondônia era de 31,59% no ano de 2011.

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 equipes de saúde bucal era de 48,22% no ano de 2011, maior que o estado de Rondônia.

Tabela 3 - 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: Autores (2021).

Embora possam ser aventadas variações do indicador de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada por sua própria característica, de registro segundo planejamento pela equipe de saúde ou município, observa-se pelos dados das Tabelas 2 e 3 que este indicador apresentou maior estabilidade de cobertura que o indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática no mesmo período.

O indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática visa analisar o acesso da população a tratamento odontológico pelas eSB. Contudo, 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. 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%. 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 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 ressaltar que esta foi a maior média de cobertura deste indicador na década de 2009 a 2018 neste estado. 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.

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% (Tabela 1). O Distrito Federal quase duplicou o número de eSB de 2017 para 2018, passando de uma cobertura de 10,56% para 19,97%. 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 Programática caiu de 3,51 em 2017 para 1,03 em 2018.



A maior instabilidade encontrada nos registros de Primeira Consulta Odontológica Programática foi constatada na macrorregião Centro-Oeste.

Na Tabela 4 observa-se redução do montante de repasse federal para as ações de saúde bucal para estados e municípios a partir do ano de 2017, primeiro ano de vigência 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.

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). Ao analisar as macrorregiões, esta diminuição tem diferentes impactos, sendo 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 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 4 - Repasses federais para estados e municípios para ações de saúde bucal na atenção básica no período de 2014 a 2018 (expressos em milhões)

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: Autores (2021).

As normativas legais federais, desde a Portaria n. 1444/2000 (Portaria n. 1444, 2000) e a Lei Complementar n. 141/2012 (Lei Complementar n. 141, 2012), 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 Dental Supervisionada, tiveram redução a partir do ano de 2015 em todas as macrorregiões brasileiras conforme se observa nas Tabelas 2 e 3.

Discussão

Em todo o país houve incremento constante no quantitativo de equipes de saúde bucal desde sua incorporação ao Programa de Saúde da Família (atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família) pela Portaria n. 1444/2000 por meio de incentivo financeiro federal aos municípios no componente de Piso de Atenção Básica (PAB) Variável.

Segundo estudo de Chaves *et al.* (2015), 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 n. 1444/2000, se deu majoritariamente nos primeiros anos. Rossi *et al.* (2019) corroboram esta perspectiva afirmando que se observou evolução no número de eSB com desaceleração a partir de 2013.

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 Contarato e Machado (2014) no município de Vitória constatou fragilidade da participação da esfera estadual.

Alguns estudos (Lourenço, Silva, Meneghin & Pereira, 2009; Baldani, Fadel, Possamai & Queiroz, 2005; Contarato & Machado, 2014; Soares & Paim, 2011; Chaves & Silva, 2007) se dedicaram a analisar e avaliar a implementação das políticas federais relacionadas à saúde bucal em estados e municípios. O que tem sido fundamental para compreensão de sua efetivação a nível local.

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 n. 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); e o Rio Grande do Sul estabeleceu repasse para eSB no ano de 2016 pela Portaria n. 405, publicada em 30 de novembro de 2016 (Portaria n. 405, 2016). 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. A despeito 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 n. 29 no ano de 2000. Mas 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 n. 29 estabelecia uma destinação vinculada ao desempenho do Produto Interno Bruto (PIB). Posteriormente, com a aprovação da EC n. 86 em 2015 e EC n. 95 em 2016, o orçamento federal para a saúde sofreu significativa restrição.

Estudo de Barbosa (2013) sobre os 25 anos do SUS menciona o percentual de recursos estaduais aplicados em saúde conforme determinado na EC n. 29. Conforme os dados do estudo, os estados com maior aplicação de recursos são os da macrorregião Norte e das 27 unidades federativas; três não aplicaram o percentual mínimo de 12% e a variação foi de 7,62% no Rio Grande do Sul a 20,67% no Amazonas.

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 (Mendes & Marques, 2014). 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. Os mesmos autores apontam ainda o crescimento da



participação do PAB Variável ao longo dos anos no montante destinado ao financiamento da Atenção Básica pelo governo federal. Sendo está uma linha de repasse financeiro atrelada à adesão de municípios a programas do governo federal, constitui-se uma fragilidade.

A tendência de queda no montante dos repasses financeiros federais para a área de saúde bucal constatada neste estudo já havia sido observada nos estudos de Chaves, Almeida, Reis, Rossi e Barros (2018), Rossi, Chaves, Almeida, Santos e Santana (2018) e Rossi, Lorena, Chaves e Martelli (2019).

Observa-se que o impacto da redução dos repasses federais ocorrida no ano de 2018 em relação a 2017 (Tabela 4) não foi padrão em todas as macrorregiões. Nordeste e Norte foram as macrorregiões com maior percentual de diminuição de repasses federais, contraditoriamente ao fato de a macrorregião Nordeste manter a maior cobertura populacional por eSB.

A implantação do sistema e-SUS AB em 2013 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 n. 1412 de 10 de julho de 2013 (Portaria n. 1412, 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. Porém, 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.

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. 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. Questiona-se ainda se a mesma análise poderia ser aplicada a outros estados a fim de entender a queda no desempenho dos indicadores analisados.

Estudo de Silva, Graziani e Ditterich (2020) sobre os indicadores de saúde bucal no período de 2007 a 2019 constatou sua redução nos últimos dois anos. Segundo os autores, isto compromete o monitoramento dos serviços.

Estudo realizado por Basso *et al.* (2019) analisa a construção da rede de Atenção à Saúde Bucal no Distrito Federal e as ações que vêm sendo tomadas a partir de 2017 para reestruturação. Foram tomadas medidas de vincular uma eSB a no máximo duas eSF, cadastramento de equipes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Ministério da Saúde a fim de receber repasses financeiros do governo federal e formulação de Linha Guia de Saúde Bucal.

Linhas-guia são protocolos de atenção para padronização de ações baseadas em linhas de cuidado, preveem 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 (Ministério da Saúde [MS], 2006). 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 (...)” (MS, 2006).

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.

Sendo assim, diante da falta de clareza e acesso a informações referentes a políticas estaduais para saúde bucal, há dificuldade em dimensionar o papel desempenhado pelas unidades federativas, inclusive quanto ao financiamento tripartite.

Considerações finais

Embora tenha-se elegido 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, mas também há especificidades que são determinantes para o entendimento da dinâmica do desempenho da política pública relacionada à área de saúde bucal. Assim sendo, 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.

Neste sentido é preciso enfatizar a transparência e acesso à informação. Há grande dificuldade em encontrar e acessar informações referentes a diretrizes e políticas de financiamento direcionadas à área de saúde bucal, assim como outras, instituídas nas unidades federativas.

Outra questão muito importante, considerando o viés da municipalização no processo de descentralização no SUS, seria analisar o desempenho dos municípios. Inclusive se municípios menores e com baixo IDH conseguirem manter as eSB com a progressiva restrição do financiamento federal.

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.

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.

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 n. 2979 de 12 de novembro de 19 alterando o repasse do PAB fixo, 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 vêm sofrendo cortes desde a aprovação da EC n. 95 em 2016.

A aprovação de nova versão da PNAB pela Portaria n. 2436 de 21 de setembro de 2017 que flexibiliza a composição das equipes de Atenção Básica e a recente publicação da Portaria n. 2539 de 26 de setembro de 2019 que estabelece financiamento para eSB com carga diferenciada (minorada) merecem monitoramento para análise do impacto na realidade dos municípios.

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



Referências

- Baldani, M. H., Fadel, C. B., Possamai, T., & Queiroz, M. G. S. (2005). A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21(4), 1026-1035.
- Barbosa, E. C. (2013). 25 anos de Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 85-102.
- Basso, M. B., Nunes, N. B., Correa, L. B. C., Vieira, C. N., Vilarinho, J. L. P. S., & Pucca, G. A. Jr. (2019). A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2155-2165.
- Carrer, F. C. A., Galante, M. L., Martins, F. C., Ditterich, R. G., Frias, A. C., Gabriel, M., Fratucci, M. V. B., Araujo, M. E., & Pucca, G. A., Jr. (2019). *SUS e Saúde Bucal no Brasil* (pp. 22-31). São Paulo: Faculdade de Odontologia USP.
- Cavalcante, R. B., Vasconcelos, D. D., Gontijo, T. L., Guimarães, E. A. A., Machado, R. M., & Oliveira, V. C. (2018). Informatização da Atenção Básica à saúde: avanços e desafios. *Cogitare Enfermagem*, 23(3).
- Chaves, S. C. L., Almeida, A. M. F. de., Reis, C. S. dos., Rossi, T. R. A., & Barros, S. G. de. (2018). Políticas de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período de 2015-2017. *Saúde Debate*, 42(2), 76-91.
- Chaves, S. C. L., Almeida, A. M. F. L., Rossi, T. R. A., Santana, S. F. de, Barros, S. G. de & Santos, C. M. L. (2015). Políticas de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1791-1803.
- Chaves, S. C. L., & Silva, L. M. V. da. (2007). Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(5), 1119-1131.
- Chisini, L. A., Martin, A. S. S., Pires, A. L. C., Noronha, T. G., Demarco, F. F., Conde, M. C. M., & Correa, M. B. (2019). Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cardenos Saúde Coletiva*, 27(3), 345-353.
- Contarato, P. C., & Machado, C. V. (2014). Política nacional e contexto local: a implementação da política de saúde bucal em uma capital brasileira. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 16(4), 120-130.
- Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011 (2011). Regulamenta a Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República.
- Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000 (2000). Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições



Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República.

Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 (2015). Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Presidência da República.

Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016 (2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República.

Fernandes, J. K. B., Pinho, J. R. O., Queiroz, R. C. S., & Thomaz, E. B. A. F. (2016). Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, 1-18.

Gattas, G. M. B. (2010). *Avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé – MT*. Dissertação de mestrado, Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (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. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil.

Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 (2012). Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República.

Lourenço, E. do C., Silva, A. C. B., Meneghin, M. C. de., & Pereira, A. C. (2009). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1367-1377.

Mendes, A., & Marques, R. M. (2014). O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 38(103), 900-916.

Ministério da Saúde (2006). *Cadernos de Atenção Básica*, 17. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. (2001). *Informe da Atenção Básica*, 7. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 12 janeiro 2020, de www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/informe7.pdf

Ministério da Saúde (sem data). *Nota técnica de Indicador Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Narvai, C. P. (2011). Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 5(3), 21-34.

Pinho, J. R. O., Souza, T. C. de, Vilas Bôas, M. D., Marques, C. P. C., & Neves, P. A. M. (2015). Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev. Assoc. Paul.Cir.Dent.*, 69(1), 80-85.



- Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993 (1993).* Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 2203, de 05 de novembro de 1996 (1996).* Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000 (2000).* Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001 (2001).* Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 (2002).* Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 699, de 30 de março de 2006 (2006).* Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 3810, de 07 de dezembro de 2010 (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, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 267, de 06 de março de 2011 (2011).* Regulamentação da Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 1412, de 10 de julho de 2013 (2013).* Institui o sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 405, de 30 de novembro de 2016 (2016).* Diário Oficial Estadual, Porto Alegre, RS: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.
- Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017 (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: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 3992, de 28 de dezembro de 2017 (2017).* Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 2539, de 26 de setembro de 2019 (2019).* Altera as Portarias de consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de outubro de 2017 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir as



equipes de Atenção Primária, eAP e dispor sobre o funcionamento DAE equipe de Saúde bucal – eSB com carga diferenciada. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria n. 2979, de 12 de novembro de 2019 (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 n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Pucca, G. A., Jr., Gabriel, M., Carrer, F. C. A., Paludetto, M., Jr., Lucena, E. H. G., & Melo, N. S. (2020). Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 14(1).

Resolução n. 258, de 07 de janeiro de 1991 (1991). Norma Operacional Básica n. 01/91. Brasília, DF: Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social.

Rossi, T. R. A., Chaves, S. C. L., Almeida, A. M. F. de., Santos, C. M. L., & Santana, S. F. de. (2018). O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde Debate*, 42(119), 826-836.

Rossi, T. R. A., Lorena; J. E. Sobrinho, Chaves; S. C. L., & Martelli, P. J. L. (2019). Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4427-4436.

Scherer, C. I., & Scherer, M. D. dos A. (2015). Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista Saúde Pública*, 49.

Silva, R. O. C. da, Graziani, G. F., & Ditterich, R. G. (2020). Avanços e Retrocessos no estabelecimento de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 14(1), 65-75.

Soares, C. L. M., & Paim, J. S. (2011). Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 966-974.