

Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017

Oral Health Policy in Brazil: transformations in the period 2015-2017

Sônia Cristina Lima Chaves¹, Ana Maria Freire de Lima Almeida², Camila Santana dos Reis³, Thais Regis Aranha Rossi⁴, Sandra Garrido de Barros⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S206

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>
sclichaves@gmail.com

²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>
anamariarfs@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8824-4517>
camilareis21@hotmail.com

⁴Universidade do Estado da Bahia (Uneb) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2561-088X>
thais.aranha@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8255-1230>
sangarrido@gmail.com

RESUMO Este estudo analisou a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil entre 2015 e 2017 em quatro componentes: ações institucionais, implantação, financiamento e resultados. Foram realizados acompanhamento dos sites do Ministério da Saúde (MS) e coleta de dados secundários sobre ações institucionais do MS, implantação dos serviços de Atenção Básica e Atenção Especializada, resultados alcançados (cobertura da primeira consulta odontológica, média de ação coletiva de escovação supervisionada e tratamentos especializados) e financiamento. Entre 2015 e 2017, houve aumento de 5,8% no número de Equipes de Saúde Bucal e de 6,4% no número de Centros de Especialidades Odontológicas. A cobertura de primeira consulta odontológica programática decresceu no período de 14,6% em 2015, para 10,5% em 2016 e 8,3% em 2017. Houve redução discreta do financiamento federal no ano de 2017, quando comparado a 2016. Verificou-se, em 2016, um cenário político restritivo para a saúde bucal na menor implantação de novos serviços, com mudanças sucessivas na coordenação nacional da política. É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, visto que o aporte financeiro de 2016-2017 não está coerente com o pouco avanço na implantação e tendência de manutenção de resultados, com queda de indicadores específicos, como o de primeira consulta odontológica programática.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Serviços de saúde. Monitoramento. Saúde bucal.

ABSTRACT *This study analyzed the implementation of the Oral Health Policy in Brazil between 2015-2017 in four components: institutional actions, implementation, financing and results. The Ministry of Health (MS) websites were monitored and secondary data were collected regarding institutional actions of the MS, implementation of Primary Dental Care and Specialized Dental Care, results (coverage of the first dental consultation, average collective action of supervised brushing and specialized treatments), and financing. Between 2015 and 2017, there was a 5.8% increase in the number of Oral Health Teams and a 6.4% increase in the number of Dental Specialties Centers. Coverage for the dental consultation fell from 14.6% in 2015 to 10.5% in 2016 and 8.3% in 2017. There was a slight reduction in federal funding in 2017 compared to 2016. A restrictive political scenario for oral health was found in 2016 in*



the smaller implantation of new services, with successive changes in the oral health policy national coordination. It is necessary to deepen the study on the financing of the policy, since the financial contribution of 2016-2017 is not consistent with the little advance in the implantation and tendency of maintenance of results, with decrease of specific indicators such as the first programmatic dental consultation.

KEYWORDS *Health policy. Health services. Monitoring. Oral health.*

Introdução

A atenção à saúde bucal nos sistemas de serviços de saúde no mundo tem forte influência do modelo liberal, com predominância da oferta de serviços privados, mesmo em países com tradição em sistemas públicos de saúde, como Itália, Canadá e Reino Unido¹. Na Suíça, a oferta pública de serviços de saúde bucal ocorre apenas em caso de acidentes e condições inevitáveis, apresentando muitas demandas acumuladas e problemas de saúde bucal na população adulta. Iniciativas recentes têm proposto um modelo de seguro obrigatório para cuidados odontológicos nesse país², como também em Israel, para atenção odontológica odontopediátrica¹. Segundo Benzian et al.³, a prioridade política global para a implementação de ações e serviços públicos de saúde bucal é baixa, resultante de um conjunto de questões complexas, com falta de aderência dos profissionais da odontologia, bem como a falta de acordo sobre o problema e possíveis soluções.

No caso do Brasil, a configuração de um subsistema público de atenção à saúde bucal ocorreu em um longo processo histórico com rupturas e continuidades, sendo que o Brasil Sorridente, política formalizada em 2004, expressou um conjunto de diretrizes e articulação de ações de saúde bucal no

Sistema Único de Saúde (SUS), com concepção ampliada de saúde na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na qualificação e ampliação da atenção primária e especializada⁴. Essa política implementada nos governos de Lula e Dilma, entre 2003 e 2014, promoveu o crescimento na oferta e cobertura potencial de serviços públicos odontológicos entre 2003 e 2006 e certa manutenção nos períodos 2007-2010 e 2011-2014⁵.

Houve ampliação do financiamento, infraestrutura e organização da rede de serviços de saúde bucal⁶. Os recursos federais (financiamento nominal) para estados e municípios passaram de R\$ 83,4 milhões em 2003 para R\$ 916 milhões em 2014, com aumento de 10,9 vezes no período, contudo, ainda assim, o uso dos serviços públicos odontológicos se mantém em torno de 30,7% contra 69,3% de serviços odontológicos privados⁵. Estudos publicados têm-se debruçado sobre essa política^{7,8}, de forma específica sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁹⁻¹¹, bem como sobre os resultados dessa implementação¹²⁻¹⁴.

Destarte, o presente trabalho analisou as transformações da política de saúde bucal brasileira entre 2015 e 2017 nos componentes das ações institucionais, implantação, resultados e financiamento, no sentido de atualizar o estado atual da sua implementação⁵.

Metodologia

Este foi um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa de monitoramento das ações institucionais, implantação dos serviços públicos odontológicos, resultados alcançados e financiamento público a partir da análise documental de arquivos e conteúdos disponíveis em *sites* institucionais do Ministério da Saúde (MS) e bancos de dados disponíveis – DataSus, Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) e Departamento de Atenção Básica do MS (DAB/MS). A análise temática de conteúdo¹⁵ foi utilizada para a construção da síntese das ações institucionais no período analisado.

O eixo temático de Análise das Políticas de Saúde Bucal vinculado ao Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) do Instituto de Saúde Coletiva tem monitorado sua implementação desde a formulação do marco zero desse observatório (2003-2014)¹⁴. Nesse sentido, este trabalho analisa os componentes implantação, resultados e financiamento para o período de 2015 a 2017 (Governo Dilma II 2015-2016 e Governo Temer 2016-2017).

O monitoramento foi compreendido como a coleta sistemática de informações, realizada trimestralmente, para observar tendências e avaliar seu curso¹⁶. A análise dos dados foi baseada na identificação de quatro componentes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB):

1) ações institucionais: iniciativas do nível federal, em especial aquelas sobre a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) do MS, reveladas nas publicações do governo federal e do próprio MS, bem como notícias e notas publicadas nos sites das entidades odontológicas (Conselhos Federal e Regionais, Associações e Sindicatos) relacionadas com a saúde bucal no período estudado.

2) implantação (oferta de serviços): número de Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Básica (AB) e nos CEO;

acompanhamento da cobertura da saúde bucal na AB, seja na Estratégia Saúde da Família (ESF), seja em unidades de saúde convencionais por meio da análise documental de publicações e dados disponíveis na Sage¹⁷ e no DAB/MS¹⁸. Essas informações são utilizadas com o objetivo de estabelecer uma correlação entre cobertura e procedimentos realizados.

3) resultados: análise de indicadores de serviços de saúde na AB (cobertura da primeira consulta odontológica e ação coletiva de escovação dental supervisionada) e na Atenção Especializada (AE) (tratamentos endodônticos concluídos e periodontais). Esses indicadores foram descritos na série histórica no período de 2003 a 2017. Os indicadores de tratamento endodôntico e periodontal monitorados só estão disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)¹⁹ a partir de 2008.

O indicador de ‘cobertura de primeira consulta odontológica programática’ foi escolhido por representar a proporção da população brasileira que utilizou o serviço odontológico público no âmbito da AB. A ‘Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada’ representa a realização de ações coletivo-preventivas em saúde bucal e estima a proporção de indivíduos que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de odontologia, podendo apontar mudanças no modelo de atenção²⁰. Os dois grupos de indicadores referentes à AE foram: a) o ‘número absoluto de tratamento endodôntico realizado’ (obturação de dente permanente unirradicular, birradicular, de três ou mais raízes e selamento de perfuração radicular – códigos no SIA-SUS 03.07.02.006-1, 03.07.02.004-5, 03.07.02.005-3, 03.07.02.011-8), visto que se constituem de uma produção ambulatorial realizada apenas nos CEO; e b) o ‘número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal’ (gengivectomia, gengivoplastia, tratamento cirúrgico periodontal – por sextante/códigos no SIA-SUS 0414020081,

0414020154, 0414020162, 0414020375), considerando que esses seriam os procedimentos típicos do serviço especializado que é referência para a atenção primária em saúde bucal.

Os procedimentos odontológicos monitorados foram selecionados de acordo com a série histórica de 2008 a 2016, nas cinco regiões do Brasil (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste), considerando a quantidade de procedimentos aprovados e o ano de processamento. Foram apresentados dados de anos anteriores a 2015 para possibilitar melhor análise do período recente, tendo em vista a visualização de tendências na série histórica. A coleta das informações foi realizada no mês de janeiro de 2018 por uma única pesquisadora, utilizando o programa Tab para Windows® (TABWIN) e exportados para o programa Microsoft Excel® versão 2007 (Microsoft Corp. Estados Unidos da América).

Para calcular os indicadores de cobertura da primeira consulta odontológica programática e da média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, utilizaram-se os métodos de cálculos instituídos pelo MS²¹, sendo, respectivamente: número total de primeiras consultas odontológicas programáticas (código no SIA-SUS 03.01.01.015-3) realizadas em determinado local e período dividido pela população no mesmo local e período x 100; número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada (código no SIA-SUS 01.01.02.003-1) realizada em determinado local em 12 meses dividido por 12 e dividido pela população no mesmo local e período x 100.

4) financiamento da política (repasso fundo a fundo do nível federal): disponível no

site do Fundo Nacional de Saúde em março de 2018, com análise das rubricas de saúde bucal no Piso da Atenção Básica variável, AE e investimento. Cabe destacar que, no Fundo Nacional de Saúde, no momento da coleta, os repasses financeiros eram designados por blocos²². Em relação ao custeio, o bloco de financiamento Federal da AB para estados, Distrito Federal e municípios é subdividido em: a) eSB – Unidade Odontológica Móvel (UOM); b) Incentivo Adicional de Saúde Bucal; e c) Saúde Bucal. O custeio para prestadores federais conveniados inclui: a) incentivo adicional à UOM; e b) Saúde Bucal. Já o bloco de financiamento de custeio da média e alta complexidade é composto por: a) CEO Municipal; b) CEO Estadual; e c) Fundos de Ações Estratégicas e Compensações (Faec). O bloco de investimento (capital) utiliza as rubricas específicas de ações em saúde bucal nos componentes ‘Ações de implantação de ações e serviços de saúde’ (Implantação do CEO) e ‘Piso de Atenção Básica Variável’ (Aquisição de equipamentos odontológicos).

Todos os dados coletados foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mês de dezembro de 2017, com vistas a corrigir os valores e possibilitar a comparação de valores nos distintos períodos. O Procedimento de correção dos valores pelo IPCA/IBGE foi realizado na Calculadora do Cidadão do Banco Central do Brasil²³.

A análise da série histórica dos dados foi feita articulando a implantação dos serviços por nível (AB e AE) com os resultados alcançados nos indicadores dos serviços de saúde bucal selecionados em cada um deles (tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB), cobertura populacional de eSB (%), cobertura de primeira consulta odontológica (%) e da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%) no Brasil entre 2003-2017 a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais

Ano	Equipes de Saúde Bucal ^a	Cobertura populacional eSB (%) ^a	Nº absoluto de primeira consulta odontológica	Cobertura primeira consulta odontológica (%)	Nº absoluto de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Ação coletiva de escovação dental supervisionada (%)
2003	617	20,5	-	-	-	-
2004	8.951	26,6	-	-	-	-
2005	12.602	34,7	-	-	-	-
2006	15.086	39,8	-	-	-	-
2007	15.694	40,8	-	-	-	-
2008	17.801	39,2	26843628	14,0	57693648	2,5
2009	18.982	47,5	27156753	14,0	60304340	2,6
2010	20.424	34,0	26043708	13,3	63527864	2,8
2011	21.425	35,7	29449468	14,9	62504333	2,7
2012	22.203	36,7	26395480	13,2	54380251	2,3
2013	23.150	37,9	29526595	14,7	53246037	2,2
2014	24.279	37,9	27093617	13,4	57151878	2,3
2015	24.467	37,8	29925575	14,6	50543350	2,1
2016	24.384	37,4	21661874	10,5	37078584	1,5
2017	25.905	36,7	17263772	8,3	29535694	1,2

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS e IBGE.

^a Mod I + Mod II. Dados referentes a dezembro de cada ano. - Mudança do indicador no período 2003-2007.

Tabela 2. Número de CEO implantados, número de tratamentos endodônticos e procedimentos periodontais especializados realizados entre 2008 e 2017 a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais, SIA-SUS. Brasil

Ano	Número de CEO	Número de tratamentos endodônticos	Número de procedimentos periodontais (por sextante - códigos SIA/SUS: 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375)			Total
			Enxerto gengival	Gengivectomia e gengivoplastia	Tratamento cirúrgico periodontal	
2008	674	527.474	22.646	287.918	92.766	403.330
2009	808	612.621	12.484	194.802	82.684	289.970
2010	853	681.057	7.054	191.439	88.871	287.364
2011	882	684.800	7.365	191.642	95.901	294.908
2012	944	691.933	10.859	193.156	105.807	309.822
2013	988	687.296	8.956	177.605	99.196	285.757
2014	1.030	683.265	5.155	177.518	147.064	329.737
2015	1.034	682.181	5.230	203.788	168.631	377.649
2016	1.072	635.923	3.877	189.740	180.837	374.454
2017	1100a	582.040	4.405	251.335	190.528	446.268

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS/SAI/SUS, 2017.

^a Dados até setembro de 2017.

Resultados

O mercado de trabalho odontológico recebe anualmente grande volume de novos profissionais. No ano de 2016, eram 278.394 Cirurgiões-Dentistas (CD) no País. Em 2017, o número de CD aumentou para 300 mil, com 66.561 atuando no SUS (cerca de 22,2%). Destaca-se no período analisado um aumento significativo (7,3%) do número de faculdades de Odontologia em

funcionamento, passando de 204 em 2015 para 220 faculdades em 2016. Segundo as informações do Conselho Federal de Odontologia (CFO), cerca de 75% dessas unidades são privadas. Em relação à faixa salarial, de acordo com a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) o salário médio do CD para 2017 foi fixado em R\$ 5.622,00. Mas há também indícios de desproteção social com assalariamento atípico (*quadro 1*).

Quadro 1. Mercado de trabalho e formação profissional, oferta de serviços públicos odontológicos e ações institucionais, resultados nos indicadores de serviços de saúde no Brasil no governo Dilma II (2015-2016) e Temer (2016-2018)

Categorias analisadas	Períodos de governo	
	Dilma II (2015 a 04/2016)	Temer (05/2016-2017)
Número, renda média dos cirurgiões-dentistas e perfil das instituições de ensino	Em 2015, eram 266.665 CD no País, com 204 faculdades de Odontologia, sendo cerca de 70% da rede privada. Não há informações sobre nº de CD no SUS e renda média do CD nesse período.	Em 2016, eram 278.394 CD no País, com 220 faculdades de Odontologia em funcionamento, sendo 75% delas da rede privada. Em 2017, eram 300.000 CD no País, com 66.561 CD no SUS (cerca de 24%). O salário médio do CD era de R\$ 5.622,00 (FNO, 2017).
Oferta (disponibilidade) da atenção odontológica pública	Em 2015, eram 24.467 eSB implantadas, 1.034 CEO e 1.770 LRPD. Em dezembro de 2016, eram 24.384 (redução de 83 equipes) e 1.072 CEO (aumento de 3,6%) em relação a 2015. Não há informações sobre o nº de LRPD em 2016.	Em 2017, eram 25.905 eSB implantadas, representando um aumento de 5,8% em relação a 2015 e de 6,2% em relação a 2016. Em setembro de 2017, havia 1.100 CEO e 1.840 LRPD.
Ações institucionais	Outubro de 2015: nomeação de Marcelo Castro (PMDB) para Ministro da Saúde Novembro de 2015: Rosângela Camapum foi exonerada do cargo de coordenadora da Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB); e, em seu lugar, foi nomeado Ademir Fratric Bacic.	Maio de 2016: nomeação de Ricardo Barros (PMDB) para Ministro da Saúde; Julho de 2016: exoneração de 73 cargos comissionados do Ministério da Saúde, incluindo o de coordenador de saúde bucal (Ademir Fratric Bacic) Agosto de 2016: nomeação de Patrícia Lima Ferraz para a CGSB. 06 de janeiro de 2017: nomeação de Lívia Maria Almeida Coelho de Souza, para o cargo de coordenadora da CGSB. Nesse mesmo mês, houve um evento realizado em Brasília para anúncio da liberação de R\$ 344,3 milhões para a saúde bucal. O evento teve participação do CFO e dos Conselhos Regionais.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do CFO, MS e FNO.

Com relação às ações institucionais, no período do segundo mandato de Dilma (Dilma II), destacam-se no cenário do MS a nomeação, em outubro de 2015, de Marcelo Castro, médico e deputado federal pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) do Piauí – nas legislaturas 1999-2003, 2003-2007, 2007-2011, 2011-2015 e 2015-2019 –, para Ministro da Saúde. Em novembro de 2015, a então coordenadora da CGSB do MS, Rozângela Camapum, ex-presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), foi exonerada do cargo. Para seu lugar, foi nomeado Ademir Fratric Bacic, cirurgião-dentista e empresário ligado ao setor de saúde suplementar odontológico.

No período de governo Temer, uma das suas primeiras ações foi a nomeação de Ricardo Barros, engenheiro civil, empresário e deputado pelo MDB – nas legislaturas 1995-1999, 1999-2003, 2003-2007, 2007-2011, 2015-2019 –, para Ministro da Saúde. Nesse período, destacam-se sucessivas mudanças na CGSB. Em julho de 2016, foram exonerados 73 cargos comissionados do MS, incluindo o então coordenador de saúde bucal. Essa nova mudança na coordenação gerou especulações sobre uma possível extinção da CGSB. Esses fatos movimentaram as entidades odontológicas, que emitiram em suas redes sociais notas e comunicados de repúdio e preocupação (CFO, Conselhos Regionais – BA, SP, SE, PR, RS, MT; Sindicatos – Soergs, Soepar, Sinodonto-SE, SoDF; FIO e FNO)^{24,25}. Em agosto de 2016, foi nomeada nova coordenadora de saúde bucal, Patrícia Lima Ferraz, cirurgiã-dentista, filiada ao Partido Social Cristão (PSC) – Amapá. A sua permanência no cargo foi de apenas cinco meses; e sua saída do cargo ocorreu logo após situação polêmica, envolvendo uma viagem internacional enquanto ela estava de licença médica, conforme publicado em jornais como ‘O Estado de São Paulo’, ‘Estadão’²⁶.

Outras ações institucionais do período Temer relacionadas com a saúde foram a

publicação da Portaria nº 1.482, de 04 de agosto de 2016, do MS, a qual instituiu o Grupo de Trabalho (GT) para discutir o projeto de ‘Plano de Saúde Acessível’; da Emenda Constitucional 95, a qual instituiu novo regime fiscal com redução progressiva dos recursos do SUS por 20 anos; e da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Na saúde bucal, destaca-se nova mudança na CGSB, com nomeação de Livia Maria Almeida Coelho de Souza, cirurgiã-dentista, especialista em prótese dentária e em saúde da família, com atuação anterior no MS mediante consultorias e organização de publicações, como o ‘Manual de Especialidades em Saúde Bucal’, em 2008. Em julho de 2017, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) aprovou o Projeto de Lei do Senado nº 8/2017, de autoria do senador Humberto Costa (Partido dos Trabalhadores – PT-PE), que inclui a PNSB no campo de atuação do SUS. O autor justifica o referido projeto apontando que, atualmente, a PNSB se caracteriza como uma política de governo, e, portanto, com frágeis garantias de continuidade e priorização nas agendas. Por fim, como ação institucional, nesse mesmo mês, houve um evento realizado em Brasília, no Palácio do Planalto, promovido pelo MS, para anúncio da liberação de R\$ 344,3 milhões para a saúde bucal. O evento teve participação do CFO e dos Conselhos Regionais²⁷.

Com relação à implantação, observou-se que 2015 encerrou com 24.467 eSB implantadas, com 37,8% de cobertura populacional. Em 2016, houve redução de 83 eSB (0,3%), fato inédito na série histórica desde a implantação da PNSB. Em 2017, houve aumento de 5,8% (1.438 eSB) em relação a 2015 e de 6,23% (1.521 eSB) quando comparado a 2016. Em alguma medida, a cobertura foi mantida nesse período, mas não resultou em expansão da oferta de serviços na AB, considerando que a cobertura populacional apresentou queda de 1% em relação ao ano de 2015 (tabela 1).

Com relação aos centros especializados, verifica-se aumento de 38 unidades no País entre 2015 e 2016. Os dados de 2017 para esse serviço e para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) foram disponibilizados pela CGSB com informações apenas até o mês de setembro. Nesse período, houve discreto aumento de centros especializados. As bases públicas do Datasus e Sage estão desatualizadas em relação ao CEO e LRPD.

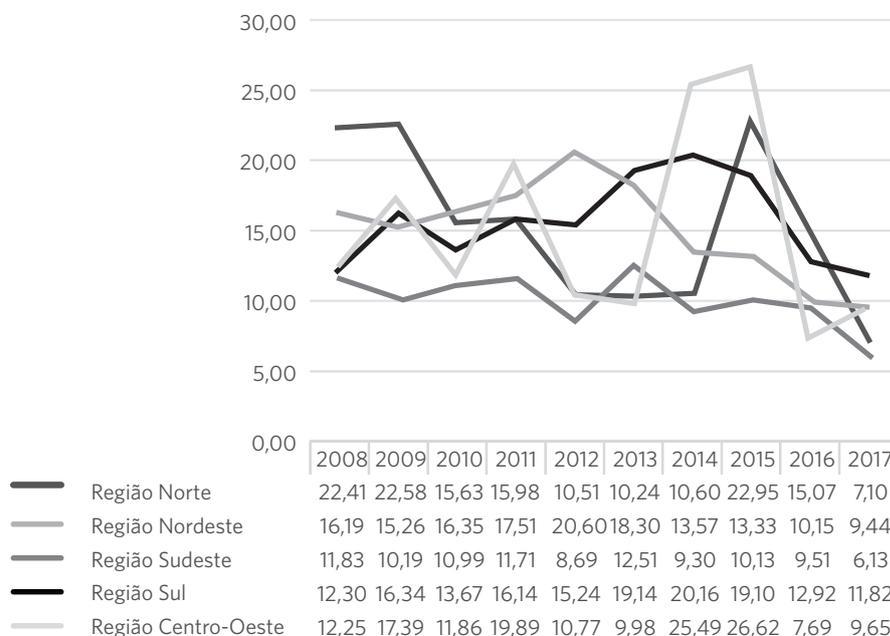
Os resultados apontaram redução dos indicadores monitorados para AB (*tabela 1*), cobertura populacional de eSB, cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada. A cobertura populacional de eSB registrou leve redução (2,9%) entre 2015 e 2017, retornando à cobertura de 2012 (*tabela 1*).

A produção ambulatorial de primeira consulta odontológica programática apresentou

queda acentuada de 42,3% no número de procedimentos entre 2015 e 2017. A cobertura de primeira consulta variou de 14,6% a 8,3%, registrando uma redução de 43,2% no período. Em 2017, foram realizadas 17.263.772 consultas, com cobertura populacional de apenas 8,3% (*tabela 1*).

A análise da série histórica do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões do Brasil aponta que todas as regiões apresentaram decréscimo no número de primeiras consultas realizadas entre 2008 e 2017, mas esta não foi linear (*gráfico 1*). No período, houve picos de aumento no Centro-Oeste, Norte, Sul e Nordeste. A região Sudeste foi a que apresentou menor desempenho quando comparada às demais regiões. No ano de 2017, a maior queda na cobertura foi na região Centro-Oeste, seguida das regiões Sul e Nordeste.

Gráfico 1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões do Brasil, de 2008 a 2017



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Datasus, 2018.

Para o procedimento ação coletiva de escovação supervisionada, observou-se redução no número de procedimentos no período analisado (41,5%), enquanto a cobertura de ação coletiva de escovação supervisionada variou de 2,1% em 2015 a 1,2% em 2017, redução de 42,9% (tabela 1). A média de ação coletiva de escovação dental supervisionada manteve-se constante até 2011, havendo um decréscimo durante os anos seguintes. O ano de 2017 foi o que o apresentou menor resultado durante o período descrito.

Sobre os procedimentos especializados, houve redução dos procedimentos endodônticos (códigos no SIA-SUS 03.07.02.006-1,

03.07.02.004-5, 03.07.02.005-3, 03.07.02.011-8) e aumento dos procedimentos periodontais (por sextante – códigos SIA-SUS: 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375) quando comparados os anos de 2015 e 2017. Os procedimentos endodônticos reduziram 14,6% em relação a 2015, enquanto os periodontais apresentaram aumento de 18,2% no período (tabela 2). Contudo, há que se destacar o mês de abril de 2017, o qual, isoladamente, apresentou 132.412 procedimentos periodontais, refletindo em aumento da produção total desse ano. Esse aumento, incompatível com a tendência de redução, pode ter ocorrido por não revisão dos dados pelo Datasus (tabela 2).

Tabela 3. Repasses do governo federal para estados e municípios para custeio da AB e da AE e investimento referentes à saúde bucal, 2003-2017*

Ano	Repasses AB	Repasso AE	Investimento	Total de repasses
2003	R\$ 180.711.384,39	R\$ 4.199.199,41	-	R\$ 184.910.583,80
2004	R\$ 400.253.626,42	R\$ 13.190.710,44	R\$ 6.304.645,54	R\$ 419.748.982,40
2005	R\$ 546.418.744,21	R\$ 45.331.462,08	R\$ 31.877.452,15	R\$ 623.627.658,44
2006	R\$ 688.235.433,13	R\$ 92.765.111,83	R\$ 24.652.705,41	R\$ 805.653.250,37
2007	R\$ 782.892.493,59	R\$ 120.313.603,62	R\$ 8.195.508,96	R\$ 911.401.606,17
2008	R\$ 804.365.480,27	R\$ 120.555.494,77	R\$ 7.993.136,98	R\$ 932.914.112,02
2009	R\$ 831.562.396,24	R\$ 139.337.767,70	R\$ 6.868.294,44	R\$ 977.768.458,38
2010	R\$ 919.183.022,98	R\$ 125.605.721,28	R\$ 444.078,79	R\$ 1.045.232.823,05
2011	R\$ 938.858.309,03	R\$ 149.397.321,92	R\$ 10.661.188,67	R\$ 1.098.916.819,62
2012	R\$ 1.071.567.005,31	R\$ 166.756.711,15	R\$ 7.584.628,10	R\$ 1.245.908.344,56
2013	R\$ 881.541.675,52	R\$ 190.569.481,50	R\$ 10.302.606,98	R\$ 1.082.413.764,00
2014	R\$ 880.880.671,40	R\$ 233.202.804,46	R\$ 3.881.009,69	R\$ 1.117.964.485,55
2015	R\$ 887.097.152,31	R\$ 215.160.162,46	R\$ 1.739.921,08	R\$ 1.103.997.235,85
2016	R\$ 909.189.917,30	R\$ 217.513.800,79	R\$ 2.651.231,75	R\$ 1.129.354.949,84
2017	R\$ 829.995.247,00	R\$ 226.725.301,48	R\$ 2.835.000,00	R\$ 1.059.555.548,48

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde, Brasil, 2017.

*Valores corrigidos pelo IPCA - IBGE.

A análise da série histórica de financiamento para as ações de saúde bucal, no período de mencionado, mostra pequeno aumento de valores entre os anos de 2015 e 2016 e diminuição de valores em 2017 (tabela 3). Foi observado um aumento da

participação percentual do financiamento da AE. Os recursos destinados à AB representaram o maior montante dos repasses em todo o período estudado, entretanto, destaca-se que houve redução nos valores repassados para esse componente em 2017.

Na análise da participação percentual da AB, AE e investimentos, observa-se uma redução do componente AB, aumento do especializado e aumento nos investimentos.

Discussão

A PNSB completou 13 anos em 2017, com algumas transformações no período, podendo ser considerada como frágil a sua institucionalização. Em 2003, eram apenas 617 eSB, com cobertura populacional ainda incipiente. Em 2017, eram 25.905 eSB presentes em 5.029 municípios, representando 36,7% de cobertura populacional potencial. Na AE, também houve ampliação de serviços. Tal fato pode se constituir em um dos fatores apontados por Pinell²⁸, segundo o qual a evolução de uma política é produto da dinâmica de um jogo social complexo, tendo como efeito concreto da sua implementação a criação de instituições, desenvolvimento de grupos profissionais e emergência de novas estruturas associativas. No caso da odontologia pública, há potencial capacidade de mobilização, tendo em vista as associações ligadas ao movimento sanitário, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o GT Saúde Bucal, serem importantes vocalizadores desse espaço. No entanto, do ponto de vista do campo odontológico, a hipótese é que o movimento das associações de classe e dos especialistas apoiam a criação de novos postos de trabalho e ainda não se constituíram em reais defensores desses serviços odontológicos, tendo a saúde bucal também como direito à saúde. O mercado privado ainda é dominante.

Nesse sentido, o mercado de trabalho odontológico e formação profissional no período demonstram tendência de aumento do número de faculdades da rede privada de ensino, e menor proporção de CD no SUS, que, em 2014, era de 30%⁵ e, em 2017, passaram a representar cerca de 22,2% (66.561 CD). Provavelmente, isso ocorreu pela

chegada de maior número de CD em um mercado de trabalho com mesma oferta de vagas no setor público. Estudo de Cascaes et al.²⁹ mostrou que houve no Brasil um crescimento do número de CD atuando como clínicos gerais e especialistas no período de 2007 a 2014, com expansão da força de trabalho de clínico geral (0,5%) e de especialista (11,6%), menor no setor público, em relação ao setor privado (24,5% e 30,3% respectivamente). Em Belo Horizonte, Minas Gerais, estudo em três instituições privadas revelou maior desejo dos estudantes por atuar em consultório particular (60,9%), seguido da ESF (41,3%) e em clínica popular (16,3%)³⁰. Apesar do número elevado de CD, sua distribuição desigual entre as regiões, e nos setores público e privado, pode ser uma importante barreira no acesso aos cuidados em saúde bucal no País²⁹. Essa dominância de formação em faculdades privadas poderá se constituir em barreira futura para a própria política pública, tendo em vista as contradições da formação para o sistema público de saúde em faculdades privadas. Agentes sociais formados por essas instituições poderão ter pouca capacidade de mobilização e disposições para o campo público da saúde.

No monitoramento das ações institucionais entre 2015 e 2017, verificou-se que as sucessivas mudanças no MS, sobretudo na coordenação nacional, revelam a instabilidade política no País, caracterizada pela saída de Dilma Rousseff, por meio de um processo de *impeachment*, e entrada do vice-presidente Michel Temer. As ações de saúde bucal realizadas no período do governo Temer foram alvo de fortes críticas dos sanitaristas e de instituições da Saúde Coletiva por representarem fragilização do caráter universal e igualitário do SUS, com destaque para a política de ajuste fiscal e cortes progressivos de recursos da saúde e educação, para a criação de um GT para implementação de planos de saúde acessíveis e para a nova PNAB³¹. Morosini e Fonseca³² destacam que essas medidas publicadas sob a justificativa

de enfrentar o desequilíbrio fiscal limitaram as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. As autoras apontam que o SUS tem sofrido fortes pressões para a conversão dos direitos sociais à lógica mercadológica; e a nova PNAB, além de promover a relativização da cobertura universal, fomenta a segmentação do acesso, a recomposição das equipes de forma ambígua, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política.

Na política de saúde bucal, as transformações no sentido do seu aprofundamento e continuidade não foram ainda percebidas nesse momento histórico. Pinell²⁸ aponta a influência das mudanças de governo para manutenção ou abandono das políticas. A relação entre uma política pública e a emergência de grupos de agentes interessados com novas competências especializadas nessas novas instituições leva à formação de um espaço de produção simbólica especializado²⁸, que pode lutar pela manutenção dessas conquistas. No caso da atenção pública à saúde bucal no Brasil, é, ainda, necessário investigar a constituição desse espaço relativamente novo já que a oferta estatal de serviços odontológicos especializados é relativamente recente no Brasil, e sofre de legitimidade, haja vista a grande concorrência com o mercado privado de serviços odontológicos, que é hegemônico. Estudo de Pilloto e Celeste³³ apontou tendência de aumento de uso de plano exclusivamente odontológico de 1,0% em 1998 para 6,3% em 2013. Além disso, de 1998 para 2013, houve aumento do uso de serviços privados médicos e odontológicos por pessoas com e sem plano privado, independentemente do sexo, faixa etária e escolaridade³³.

No que se refere à AB, os dados de implantação das eSB mostram que, na série histórica, desde o início da política, o ano de 2016 foi o único que encerrou com redução de equipes. Ademais, apesar da implantação ter

sido mantida entre os anos de 2015 e 2017, a cobertura populacional de eSB e os indicadores de resultados monitorados (primeira consulta odontológica programática ação coletiva de escovação supervisionada) apresentaram expressiva redução. A análise da cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões brasileiras aponta que todas as regiões apresentaram decréscimo no número de primeiras consultas realizadas em algum momento entre 2008 e 2017. No ano de 2017, a maior queda na cobertura foi na região Centro-Oeste, seguida das regiões Sul e Nordeste. Causas para essa variação precisam ser mais bem explicadas, como a provável inclusão do novo sistema e-SUS, bem como as dificuldades de cofinanciamento da política pelo nível local, em função da queda na arrecadação do tesouro municipal e sobrecarga deste ente federativo no financiamento do sistema público de saúde. Estudo em Fortaleza, Ceará, entrevistou 137 CD da eSF sobre os indicadores de desempenho e monitoramento do MS para a saúde bucal, e apesar da maioria dos entrevistados os considerar importantes, ressaltam sua complexidade diante de questões enfrentadas na prática, tais como falta de manutenção regular dos equipamentos e insumos odontológicos, baixa cobertura da eSB nos territórios e dificuldades nas relações de trabalho e no planejamento da gestão para organização da oferta e adesão dos usuários às consultas programadas³⁴.

A análise da série histórica de ação coletiva de escovação dental supervisionada no período de 2008 a 2017 revela que, no ano de 2010, foi realizado um maior número dessas ações no Brasil (*tabela 1*). Esse fato pode estar relacionado com a distribuição, em 2009, de 40,6 milhões de kits de saúde bucal pelo MS, os quais foram enviados para as escolas públicas que apresentaram baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e entregues às eSB em 4.597 municípios do Brasil. Em 2017, esses procedimentos somaram apenas 25.674.964, o que

significa uma expressiva redução em relação aos oito anos anteriores.

O acompanhamento de indicadores de resultados da AE revela redução dos procedimentos endodônticos, sobretudo em 2017, e aumento dos procedimentos periodontais quando comparados os anos de 2015 e 2017. A mudança no sistema de informação para o e-SUS pode explicar parte desses resultados, mas, de fato, não é suficiente. Estudos sobre sistemas de informação, análises de implantação e resultados da política nos âmbitos regional e municipal são necessários para evidenciar os diversos fatores relacionados com esses achados.

Estudos recentes como o de Celeste et al.¹² reiteram que a implantação dos CEO produz efeito positivo na produção municipal de procedimentos especializados, especialmente para endodontia. Todavia, estudos no Rio Grande do Sul³⁵ e no Maranhão³⁶ mostraram que a maioria dos CEO gaúchos e maranhenses não atingem as metas estabelecidas pela coordenação nacional. Cabe refletir em que medida o investimento na implantação desses serviços produz maior oferta e utilização. O protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal tem sido valorizado³⁷. Todavia, é recente a discussão na saúde bucal sobre a necessidade de fortalecimento da regionalização para o êxito da oferta especializada e bom desempenho dos serviços de saúde, em que a gestão regional pode exercer papel central.

Frazão e Narvaj³⁸ destacam que durante os oito anos anteriores ao Brasil Sorridente (1994-2002) foram poucas ações em saúde bucal, sendo o avanço do processo de descentralização do sistema de saúde nesse período um elemento importante para potencializar a capacidade dos municípios em responder às demandas da saúde bucal da população. Houve um significativo incremento no financiamento federal da política, sobretudo no período de 2003 a 2006, em que os gastos com investimentos em saúde

bucal passaram de 56,5 para 427 milhões por ano^{38,39}. No período 2015-2017, verificou-se certa manutenção do financiamento federal, com redução discreta no ano de 2017 quando comparado a 2016. Todavia, ainda que tenha havido redução, chama a atenção uma certa inconsistência entre a implantação da política, seus resultados e o financiamento, na medida em que o financiamento e a implantação se mantiveram relativamente estáveis no período; e observa-se uma tendência de redução dos resultados nos indicadores dos serviços de saúde. É necessário aprofundar o estudo do financiamento, ampliar os indicadores de resultados e avançar na análise regional da política para melhor compreensão desse achado.

Apesar da expansão, a PNSB ainda tem dificuldades em reduzir as iniquidades de saúde, visto que há poucos estudos neste sentido. Além disso, muitas das ações de saúde são inacessíveis às populações mais vulneráveis⁴⁰. Outrossim, é preciso questionar também a relação entre o crescimento do investimento, a oferta de serviços, a utilização e os resultados produzidos^{5,40}. Essa questão do enfrentamento dos determinantes sociais da saúde é ainda pouco explorada e precisa ser resgatada, constituindo-se em uma amnésia da gênese do movimento da saúde bucal coletiva que influenciou a formulação da atual PNSB⁴¹. Estudo apontou que os procedimentos odontológicos curativos, que, em tese, deveriam ocorrer em todas as eSB no País, estão presentes em apenas 69,5% das 11.374 eSB avaliadas no primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011. Ademais, revelou importantes diferenças entre as macrorregiões, sendo que as regiões Sul e Sudeste apresentam melhores taxas que as regiões Norte e Nordeste⁴². Ou seja, a organização dos serviços está relacionada com o desenvolvimento humano da região. Fernandes et al.⁴³ encontraram associação entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática

com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no sentido pró-equidade. As autoras apontam que esse achado pode ser decorrente do aumento de incentivo, a partir de 2004, para as eSF e saúde bucal para os municípios com menor IDH, além dos incentivos adicionais do Brasil Sorridente para insumos e equipamentos odontológicos. Entretanto, apesar de os estados do Norte e do Nordeste apresentarem maior oportunidade de acesso, o impacto das políticas públicas sobre a utilização dos serviços ainda é uma lacuna, visto que a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é maior entre os estados com maior IDH⁴³.

O modelo de atenção curativo e mutilador ainda é presente no setor público e na ESF^{44,45}, especialmente em regiões remotas, contribuindo para o afastamento da legitimação que essa política poderia alcançar na população; e, assim, permanece suscetível às conjunturas governamentais. Iniciativas recentes no cenário político, como o Projeto de Lei do Senado nº 8/2017, ainda em tramitação, que objetiva incluir a PNSB no campo de atuação do SUS, podem contribuir para o enfrentamento dessas fragilidades.

Conclusões

Em conclusão, o presente estudo apontou redução da implantação, expressa pela menor cobertura populacional das eSB e estabilidade no número de CEOs, resultados limitados da política de saúde bucal no Brasil, revelados pela tendência de queda nos indicadores dos serviços odontológicos e também redução no financiamento da política entre 2015 e 2017. Além disso, observou-se um cenário político restritivo para a PNSB, expresso nas mudanças sucessivas na coordenação nacional da política e no próprio MS, que certamente influenciaram na perda de direcionamento da política no nível federal.

O presente estudo apresenta limitações por trabalhar com dados secundários, como os indicadores dos resultados dos serviços odontológicos, que, por sua vez, apresentam limitações na padronização do registro do procedimento, digitação, controle e atualização dos sistemas de informação, especialmente com o novo e-SUS. Há ainda outras questões que merecem discussão, como a pactuação desses indicadores de AB pelos municípios e as metas da AE estabelecidas pelo MS, as quais não foram objeto deste estudo. Contudo, essas limitações não retiram o potencial de uso desses dados para monitoramento e análise de políticas de saúde bucal no Brasil. Existem lacunas também sobre a utilização dos serviços odontológicos público e privados no período monitorado (2015-2017), visto que os dados mais recentes disponíveis são da Pesquisa Nacional de Saúde, publicada pelo IBGE em 2013.

É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, uma vez que o maior aporte financeiro de 2016 não foi coerente com o não avanço na implantação e nos resultados desse ano. A viabilidade em longo prazo da odontologia no SUS é questionada em alguns estudos, diante do caráter secundário dessa política, que concorre com políticas de maior gravidade da saúde^{3,41,46}. Isso reforça a necessidade de debater os rumos da política Brasil Sorridente no sentido do fortalecimento de sua legitimidade social no País, a qual encontra-se com a sua manutenção ameaçada nos próximos anos, tendo em vista seus resultados atuais.

Colaboradores

Chaves SCL coordenou a formulação da pesquisa, participou da análise dos dados e revisou o manuscrito final. Nascimento CR, Almeida AMFL, Rossi TRA e Barros SG participaram da coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. ■

Referências

1. Cohen N, Horev T. Policy entrepreneurship and policy networks in healthcare systems – The case of Israel's pediatric dentistry reform. *Isr J Health Policy Res.* 2017; 6:24.
2. Di Bela E, Leporatti L, Montefiori M, et al. Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: The contrasting positions at stake. *Health Policy.* 2017 jun; 121(6):575-581.
3. Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. *Int Dent J.* 2011 jun; 61(3):124-130.
4. Rossi TTA. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2016. 380 p.
5. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(6):1791-1803.
6. Cunha BAT, Marques RAA, Narvai PC, et al. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):1033-1045.
7. Baldani NH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(supl.2):S272-283.
8. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saúde Pública.* 2012 mar; 28(3):449-462.
9. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009 fev; 25(2):259-267.
10. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011 jan; 27(1):143-154.
11. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(supl):S81-S89.
12. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad Saúde Pública.* 2014 mar; 30(3):511-521.
13. Corrêa GT, Celeste RK. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad Saúde Publica.* 2015 dez; 31(12):2588-2598.
14. Observatório de Análise Política em Saúde. Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016 [internet]. Salvador: Oaps; 2018 [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>.
15. Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes; 1993. p. 67-79.
16. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. *Temas em Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet]. Brasília, DF: Ministério da

- Saúde; 2018 [acesso em 2017 ago 12]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 mar 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 maio 19]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 20. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003; 12(1):41-51.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalthransparencia/index.jsf>.
 23. Banco Central do Brasil. Calculadora do cidadão [internet]. Brasília, DF: BCB; 2018 [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>.
 24. Rio de Janeiro. Conselho Regional de Odontologia. Portal de Notícias [internet]. Rio de Janeiro: CRO; 2016 [acesso em 2016 ago 09]. Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/cfo-condena-possivel-extincao-da-coordenacao-nacional-de-saude-bucal/>.
 25. Brasília. Federação Interestadual dos Odontologistas. Portal de Notícias [internet]. Brasília, DF: FIO; 2016 [acesso em 2016 ago 08]. Disponível em: <http://www.sodf.org.br/site/Arquivos/carta-aos-sindicatos2.pdf>.
 26. Pollo L. De atestado médico, servidora da saúde faz tour em Madri. Estado de São Paulo [internet]. 2016 nov 27 [acesso em 2018 jun 5]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/coluna-do-estado/servidora-que-pegou-atestato-medico-e-fez-tour-soltas-em-madri-e-exonerada/>.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Portal de Notícias [internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 2017 jul 20]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/apresentacoes/41456-governo-federal-investe-r-344-3-milhoes-para-fortalecer-a-saude-bucal-brasileira>
 28. Pinell P. Análise Sociológica das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
 29. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018 mar; 27(1):1-10.
 30. Sousa JE, Maciel LKB, Oliveira CAS, et al. Mercado de trabalho em Odontologia: perspectivas dos estudantes concluintes de faculdades privadas. *Rev ABENO*. 2017; 17(1): 74-86.
 31. Narvai PC. O fim do Brasil Sorridente? Portal de Notícias [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>.
 32. Morosini MVGC, Fonseca LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018 jan-mar; 42(116):11-24.
 33. Pilotto LM, Celeste RK. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação

- com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. *Cad Saúde Pública*. 2018 mar; 34(4):1-11.
34. Mendes FIR, Bandeira MA, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde debate*. 2015 jan-mar; 39(104):147-158.
35. Pires ALC, Gruendemann JLAL, Figueiredo GS, et al. Atenção Secundária em saúde bucal no RS: Análise descritiva da produção especializada em municípios com CEOs a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. *RFO*. 2015 set-dez; 20(3):325-333.
36. Thomaz EBAF, Sousa GMC, Queiroz RCS, et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 out-dez; 25(4):807-818.
37. Rossi TRA, Chaves SCL. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia-Brasil. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):196-206.
38. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde debate*. 2009 jan-abr; 33(81):64-71.
39. Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil--part I: public oral health policies. *Braz Oral Res*. 2008; 22(supl.1):8-17.
40. Cangussu MCT, Passos JS, Cabral MBBS. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: Chaves SCL, organizadora. *Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática*. 1. ed. Salvador: Edufba; 2016. p. 47-78.
41. Soares CLM, Paim JS, Chaves SCL, et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1805-1816.
42. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: Processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet [internet]* 2017 set; 22(9):1-10.
43. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saúde Pública*. 2016 fev; 32(2):1-18.
44. Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(7):3169-3180.
45. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):273-284.
46. Assis LN, Paim JS, Soares CLM. Políticas de saúde bucal pós-constituinte: governos FHC e Lula. In: Chaves SCL, organizador. *Políticas de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. 1. ed. Salvador: UFBA; 2016. p. 117-136.

Recebido em 14/07/2018

Aprovado em 27/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve