



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINE PAGANI MARTINS

**REPERCUSSÕES DO FINANCIAMENTO E DA
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL PARA
O MODELO DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Londrina
2022

CAROLINE PAGANI MARTINS

**REPERCUSSÕES DO FINANCIAMENTO E DA
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL PARA
O MODELO DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda de Freitas Mendonça

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Martins, Caroline Pagani.

Repercussões do financiamento e da organização dos serviços de saúde bucal para o modelo de atenção odontológica na macrorregião Norte do Paraná / Caroline Pagani Martins. - Londrina, 2022.
136 f.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Saúde bucal - Tese. 2. Gestão em saúde - Tese. 3. Financiamento da saúde - Tese. 4. Sistema Único de Saúde - Tese. I. de Freitas Mendonça, Fernanda . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

CAROLINE PAGANI MARTINS

**REPERCUSSÕES DO FINANCIAMENTO E DA
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL PARA
O MODELO DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida
Carrer
Universidade de São Paulo -USP

Profa. Dra. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Stela Maris Lopes Santini
Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Londrina, 24 de fevereiro de 2022.

*Dedico esse trabalho à Manoel Ernesto
Martins, o homem mais bondoso, sábio e gentil
que tive o prazer de conhecer e a honra de
chamar de avô. Espero que nesse belo lugar
onde sua alma agora reside, você se orgulhe
de mim.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, Almir, Patricia, Aline e Murillo, por apoiarem meu ímpeto de buscar novos conhecimentos mesmo que para isso tivesse que me afastar fisicamente e por comemorarem, mesmo que à distância, cada uma das minhas conquistas.

À Wilson S. Kaneshima Jr, por ser meu maior incentivador e, com leveza e afeto, acreditar em mim mesmo nos momentos em que eu mesma duvidei.

Aos professores Pablo, Fernanda e Brígida, por serem os gigantes que me emprestaram carinhosamente os ombros para que eu pudesse enxergar mais longe.

Aos colegas do Gestsus pelo acolhimento e aprendizado, essenciais para que esse projeto fosse concretizado.

Por fim, agradeço aos corajosos sanitaristas que lutaram e lutam por uma saúde bucal pública, gratuita e de qualidade. Os percalços são muitos, mas não são maiores do que a certeza de que essa causa é justa e necessária.

*“Você tem que agir como se fosse possível
transformar radicalmente o mundo. E você tem
que fazer isso o tempo todo”.*

Angela Davis

MARTINS, Caroline Pagani. **Repercussões do financiamento e da organização dos serviços de saúde bucal para o modelo de atenção odontológica na macrorregião Norte do Paraná.** 2022. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

A conjuntura crítica perpetrada pela crise política e econômica ocorrida no Brasil em 2014 se somou a ascensão de um governo federal fortemente direcionado ao neoliberalismo, resultando em reformas econômicas centradas na austeridade fiscal, alterações emblemáticas na política de Atenção Básica (AB) e novas regras de financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS). A compreensão dos efeitos dessas novas conformações para a assistência odontológica é imprescindível. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as repercussões do financiamento e da organização dos serviços de saúde bucal para o modelo de atenção odontológica na macrorregião Norte do Paraná. Para tanto, realizou-se um estudo de natureza quanti-qualitativa desenvolvido em dois movimentos. O primeiro, quantitativo, foi constituído por um estudo descritivo e exploratório que, por meio de dados secundários, buscou avaliar indicadores de saúde bucal da macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019, identificando possíveis desafios para a consolidação dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). No segundo movimento, qualitativo, foram entrevistados presencialmente entre julho e outubro de 2021, a partir de um roteiro semiestruturado, 29 gestores de saúde de 16 municípios da macrorregião Norte do Paraná. Utilizando-se o método de análise de discurso preconizado por Martins e Bicudo em 2005, foi investigada a percepção desses gestores sobre os principais desafios enfrentados na consolidação dos pressupostos da PNSB na atenção odontológica. Os resultados apontam um cenário atual preocupante para a macrorregião Norte do Paraná, com quedas abruptas no quantitativo de procedimentos individuais e ações coletivas, na contratualização de equipes de saúde bucal (eSB) e nas coberturas de eSB e de primeira consulta odontológica programática. Demonstram também que a organização da saúde bucal macrorregião analisada ainda prioriza condutas atreladas a modelos considerados ineficazes e ineficientes por serem produtivistas e curativistas, enquanto as Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) se encontram fragilizadas devido aos amplos vazios assistenciais e pela dificuldade da Atenção Básica (AB) em atuar como coordenadora do cuidado. Ademais, outros problemas identificados foram a opção por modalidades de contratação menos estáveis e mais precarizadas, como a “pejotização”, o rompimento com as equipes multiprofissionais e a reordenação do trabalho com vistas ao cumprimento de metas, em uma perspectiva focalizada e produtivista, desconsiderando as reais necessidades dos territórios. A continuidade de políticas públicas de caráter universal que se pautam pela equidade é fundamental para os avanços em termos de acesso, utilização e resolutividade dos serviços. Dessa forma, a atual situação da PNSB suscita preocupação pois, caso não passe a ser financiada adequadamente e a receber priorização política, poderá se traduzir tão somente em uma política residual e focalizada.

Palavras-chave: saúde bucal; gestão em saúde; financiamento da saúde; modelos de assistência à saúde; sistema único de saúde.

MARTINS, Caroline Pagani. **Repercussions of the financing and organization of oral health services for the dental care model in the Northern macro-region of Paraná.** 2022. 136 p. Dissertation (Masters in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

The critical conjuncture perpetrated by the political and economic crisis that occurred in Brazil in 2014 added to the rise of a federal government strongly directed towards neoliberalism, resulted in economic reforms focused on fiscal austerity, emblematic changes in the Basic Care policy, and new rules for federal funding of the Unified Health System. Understanding the effects of these decisions on dental care is essential. Thus, the present study aimed to analyze the repercussions of the financing and organization of oral health services for the dental care model in the Northern macro-region of Paraná. To this end, a quanti-qualitative study was carried out in two movements. The first, quantitative, was constituted by a descriptive and exploratory study that, using secondary data, evaluated oral health indicators of the northern macro-region of Paraná between 2013 and 2019, identifying possible setbacks to the achievements of the National Oral Health Policy (NOHP). In the second movement, qualitative, we interviewed 29 health managers from 16 municipalities in the Northern macro-region of Paraná face-to-face between July and October 2021, using a semi-structured script. Using the discourse analysis method recommended by Martins and Bicudo in 2005, we investigated the perception of these managers about the main challenges faced in the consolidation of the PNSB assumptions in dental care. The results point to a worrisome current scenario for the northern macro-region of Paraná. They showed sharp drops in the quantity of individual procedures and collective actions, in the contracting of oral health teams (OHT) and in the coverage of OHT and first programmatic dental consultations. They also demonstrate that the organization of oral health in this macro-region prioritizes conducts linked to models considered ineffective and inefficient for being productivist and curative, while the Oral Health Care Networks (OHCN) are weakened due to the large assistance gaps and the difficulty of Basic Care (BC) to act as care coordinator. Moreover, other problems identified were the option for less stable and more precarious hiring modalities, such as "pejotization", the rupture with multiprofessional teams, and the reordering of work aimed at meeting goals, in a focused and productivist perspective, disregarding the real needs of the territories. The continuity of universal public policies, which are guided by equity, is fundamental for the advances in terms of access, utilization and resoluteness of the services. However, the current situation of the PNSB raises concern because it may only become a residual and focused policy because of inadequate funding and lack of political prioritization.

Key-words: oral health; health management; healthcare financing; healthcare models; unified health system.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da macrorregião Norte do Paraná.....	46
-------------------	---	----

LISTA DE GRAFICOS

MANUSCRITO 2

- Gráfico 1** - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e ações coletivas de saúde bucal por mil habitantes na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019.....70
- Gráfico 2** - Cobertura de eSB/ESF e SB Tradicional na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019.....71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Eixos, indicadores, estratos e pontuação utilizados para a construção da matriz avaliativa, 2021	48
--	----

MANUSCRITO 2

Tabela 1 - Total de eSB por modalidade (I e II) e proporção de população adscrita por eSB na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019	70
Tabela 2 - Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP) e Cobertura de PCOP nas Regionais de Saúde da macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019	71

MANUSCRITO 3

Tabela 1 - Municípios selecionados, escores obtidos e número de gestores entrevistados em cada uma das RS da macrorregião Norte do Paraná.....	83
Tabela 2 - Categorização dos pressupostos definidos na PNSB de 2004 para a reorientação do modelo de atenção à saúde e dos desafios enfrentados para a sua concretização	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ASB	Auxiliar de saúde bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-dentista
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
eAP	Equipe de atenção primária
EC	Emenda constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSB	Equipe de saúde bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LRPD	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PCOP	Primeira consulta odontológica programática
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RS	Região de saúde
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SI	Sistema Incremental
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

UEL

Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	INTRODUÇÃO	18
3	QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL – A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	21
3.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOB A ÓTICA DO INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO	21
3.2	A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO BRASIL	23
3.2.1	Da Lei Eloy Chaves às Leis Orgânicas da Saúde	23
3.2.2	Política Nacional de Saúde Bucal: A Gênese, a Glória e o Declínio	28
3.3	O FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS	31
3.4	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO BRASIL	35
3.5	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	38
3.5.1	O Arranjo Organizacional em Forma de Redes como Estratégia de Superação da Fragmentação do SUS	38
3.5.2	A construção das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) Enquanto Estratégia de Redirecionamento do Modelo Assistencial	41
4	OBJETIVO GERAL	44
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
5.1	DESCRIÇÃO DO ESTUDO	45
5.2	LOCAL DO ESTUDO	45
5.3	PRIMEIRO MOVIMENTO	46
5.3.1	Coleta de Dados	46
5.3.2	Análise dos Dados.....	47
5.3.3	Aspectos Éticos	47
5.4	SEGUNDO MOVIMENTO	48
5.4.1	Sujeitos de Pesquisa	48
5.4.2	Coleta de Dados	50
5.4.3	Análise dos Dados.....	50
5.4.4	Aspectos Éticos	51

6	RESULTADOS	52
6.1	MANUSCRITO 1	67
6.3	MANUSCRITO 3	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICES	115
	APÊNDICE A.....	116
	APÊNDICE B.....	118
	ANEXOS	119
	ANEXO A.....	120

1 APRESENTAÇÃO

É difícil definir qual ponto do passado pode ser considerado aquele que deu início à jornada que me trouxe até aqui. Poderia dizer que foi já na graduação em Odontologia realizada na Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, quando em uma palestra que tinha como tema central as possibilidades de carreira para além da atuação em uma clínica odontológica, uma das convidadas relatou sua experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e posteriormente no Ministério da Saúde.

À época, ano de 2012, eu nem havia terminado o primeiro ano de faculdade, mas soube imediatamente o caminho que gostaria de trilhar a partir dali. A inquietação que me rondava sobre talvez não ter escolhido o curso correto, tendo em vista que não conseguia me vislumbrar dentro das quatro paredes de um consultório pelas próximas décadas, acabou naquele instante.

Entretanto, posso retornar um pouco mais, no ensino médio, quando ainda residia no Sul de Santa Catarina com meus pais e irmãos. Não entendia exatamente o conceito de feminismo, tampouco me preocupava em escolher uma ideologia política. Essas não eram exatamente as preocupações de uma adolescente da geração dos “millenials”. Ainda assim, me indignava que mulheres encontrassem tantas resistências ao tentarem ocupar cargos de poder, assim como a ideia de trabalhar em uma indústria apenas para tornar alguém ainda mais rico não me parecia nem um pouco atraente.

Olhando para o passado, vejo que a semente estava lá. Não sei exatamente como, já que nem minha cidade, Criciúma, e nem mesmo minha família ou amigos, possuíam essa cultura de militância política que vim a experimentar em Pelotas. Mas ela estava lá, e é isso que importa.

Um dia bati na porta do Centro Acadêmico de Odontologia, pedi para participar da reunião e questionei o porquê de aquele grupo não comparecer às assembleias estudantis da Universidade. Me disseram que os problemas enfrentados na Faculdade de Odontologia já eram grandes o bastante, de modo que não conseguiam ocupar esses espaços.

Apesar disso, me ofereceram a possibilidade de executar esse papel e um mundo absolutamente novo se abriu. Participei das tais assembleias, do movimento estudantil, fui em muitas manifestações, conheci integrantes de movimentos sociais

importantíssimos como o dos Sem Terra, lutei junto à grandes amigos que carrego em meu coração até hoje por uma Odontologia pública, gratuita e de qualidade e compreendi - após ver com meus próprios olhos uma realidade muito distante da minha, onde havia fome, analfabetismo e miséria - que a desigualdade social é a mais perversa das doenças desse país.

Em 2017, com o diploma em mãos, atuei por alguns meses no setor privado, em uma “clínica popular”. Lá eu percebi que esse fenômeno do crescimento das franquias odontológicas, cujo *marketing* se baseia em tratamentos com preços reduzidos, está fortemente associado à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde bucal no sistema público de saúde. Muitos dos meus pacientes, em um ato de desespero provocado pela dor ou pela vergonha da falta de dentes, pagavam por tratamentos sem ter condições para tanto. Isso ia me angustiando cada dia mais.

Foi então que em 2018, mais precisamente em março, iniciei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Universidade Estadual de Londrina. Um novo começo em um novo estado. Não foi uma adaptação fácil, tive que lidar com a distância da família que agora era maior, com o calor que não estava acostumada, com o fato de que tudo parecia longe (para quem vinha de cidades onde praticamente não havia nada que não pudesse ser feito a pé), entre outras questões. Obviamente esses problemas não deixaram de existir, mas se tornaram menos significantes à medida que fui sendo acolhida, fazendo amigos e conhecendo o quão lindo é trabalhar no Sistema Único de Saúde. Lindo, mas também complexo e desafiador.

Foram dois anos de aprendizados que valeram por uma vida inteira! Uma vivência única, inclusive pelas dores. Me reconectei com o desejo de me apropriar mais da gestão em saúde e atuar nesse campo, bem com o passado distante em que eu me encontrava com os colegas da escola antes das provas de português, minha matéria favorita, para “dar aulas” a eles. Assim, seguir no mestrado foi um passo natural.

Confesso que senti medo. Temia não conseguir suprir as expectativas (minhas e dos demais), não ser uma pesquisadora boa o suficiente. Eu seria capaz de conceber e executar um estudo? Cheguei a pensar que não. Mas novamente fui acolhida, tanto por professores que exercem com primor o exercício de construir o conhecimento de maneira horizontal, quanto pelo Gestsus, grupo de pesquisa integrado por pessoas que entendem muito sobre tudo que envolve a gestão do nosso

sistema de saúde e compartilham seus saberes com muita gentileza e tranquilidade.

Além disso, tive a sorte, se assim puder dizer, de realizar uma pesquisa cujo tema me suscita verdadeira paixão. A relação entre saúde bucal, financiamento, saúde pública, gestão... isso me fascina e gera aquela curiosidade, que move a pesquisa científica, de saber cada vez mais. Por isso, mesmo que cursar um mestrado por si só não seja fácil, ainda mais durante uma crise sanitária global e com um governo federal que desvaloriza a ciência, a educação e a saúde, sigo firme, bem acompanhada e convicta de estar no caminho certo. E que venha o doutorado.

2 INTRODUÇÃO

Os primeiros modelos de atenção à saúde bucal no Brasil não respondiam adequadamente às necessidades da população e possuíam alto custo, apesar do baixo rendimento. Desse modo, ainda que alguns deles tenham proporcionado alguns avanços na assistência odontológica mesmo em períodos anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), Mattos et al (2014) os definiram como ineficazes e ineficientes. Especialmente após a concepção do SUS, um sistema pautado pelo acesso universal aos serviços e ações de saúde, ficou ainda mais evidente a necessidade de se superar o foco em populações-alvo programáticas tão presentes na Odontologia da saúde pública até então (CALADO, 2002; NICKEL et al. 2008).

Um dos grandes avanços do SUS nos primeiros anos desde a sua criação foi a implantação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF preconizava a ampliação do acesso ao primeiro cuidado e a reorientação do modelo de atenção à saúde adotado até então, colocando a Atenção Básica (AB) como protagonista na assistência à saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A saúde bucal, porém, esteve alheia ao PSF nesse momento inicial, tanto no que se refere à integração dos profissionais de Odontologia aos demais membros da equipe de PSF, quanto ao financiamento das suas ações e serviços (CALADO, 2002). Ou seja, não existiam, até o final dos anos 90, incentivos federais específicos para a implantação e o custeio de equipes de saúde bucal na saúde pública.

Foi só no ano 2000, com a promulgação da portaria nº 1.444, que as Equipes de Saúde Bucal (eSB) foram incluídas no PSF, estabelecendo-se um incentivo anual de custeio para elas, além de um repasse em cota única para aquisição de materiais e equipamentos (BRASIL, 2000). Essa iniciativa ofertava de maneira inédita recursos advindos do governo federal especificamente para a Odontologia e foi fundamental para que gestores municipais conseguissem implantar e custear serviços odontológicos na AB, o que até então inexistia ou ocorria de maneira tímida devido aos altos custos de equipamentos, instrumentais e materiais (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011; MATTOS, 2014).

Em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujas diretrizes pautam: a) a reorganização da AB em saúde bucal, integrando-a ao PSF; b) a ampliação e a qualificação da média complexidade; c) a assistência na atenção de alta complexidade; d) a promoção e prevenção da saúde bucal, viabilizando políticas

públicas que garantissem, por exemplo, a implementação da fluoretação das águas de abastecimento (BRASIL, 2004a). Assim, as conquistas e avanços da Odontologia no SUS, ocorridas principalmente após a inclusão das eSB no PSF, foram ainda mais evidentes, com número de eSB, cobertura, e financiamento por parte do governo federal aumentando progressivamente nos anos seguintes.

Todavia, Chaves et al. (2017) destacam que com o passar do tempo esses avanços não se sustentaram, sendo que as dificuldades para a efetivação da PNSB se tornaram mais explícitas a partir de 2015, após medidas expressadas pela União como necessárias para a realização de um ajuste fiscal, entre as quais consta a Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 2016, que que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos federais para políticas sociais (BRASIL, 2016). Além disso, as disputas por recursos do SUS foram ampliadas a partir da promulgação da Portaria nº 2.436, em 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apontada como promotora de retrocessos por relativizar a universalidade e remover a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do seu papel central de orientadora da AB (BRASIL, 2017a; MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Esse processo de profundas mudanças na AB foi intensificado após a Portaria nº 2.979, de 2019. Essa nova política de financiamento, denominada Previne Brasil, extinguiu os Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável e adotou como critérios de repasse de recursos federais para os municípios o quantitativo populacional cadastrado, o pagamento por desempenho e a adesão a ações estratégicas específicas (BRASIL, 2019a; MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA 2020). Também em 2019 e referendando os pressupostos da PNAB, a Portaria nº 2.539 permitiu o cadastramento de equipes de Atenção Primária (eAP), tornando obrigatória somente a presença de médicos e enfermeiros e excluindo, entre outras categorias, os cirurgiões-dentistas (SOBRINHO et al., 2020). Além disso, possibilitou o cadastramento de eSB com carga horária diferenciada, desvinculadas da ESF, que devem cumprir 20 ou 30 horas semanais e recebem repasses mensais definidos pela Portaria nº 2.305, de 2020 (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020).

Ao se entender que as transferências federais de recursos induzem a adoção de determinadas políticas e são essenciais para que as ações e serviços sejam organizados de maneira equânime, principalmente em municípios que possuem dificuldades de geração e arrecadação de receitas, é possível inferir que, ao serem reduzidas, podem impactar a manutenção das estratégias da PNSB (PIERANTONI,

2001; KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011). Nesse contexto, autores alertam que as ações propostas pela PNSB têm sido descontinuadas pela redução nos investimentos, ainda mais evidente a partir de 2017 (ROSSI et al., 2019; ROSSI et al., 2018). Desse modo, a presença da saúde bucal no setor público, por ser um processo recente, pode estar ameaçada (CHAVES et al., 2018).

Assim sendo, é imprescindível o conhecimento da trajetória que tem sido trilhada pela saúde bucal na saúde pública brasileira, desde os avanços conquistados até, principalmente, os desafios ainda enfrentados para a sua consolidação, para que as possíveis repercussões para a saúde bucal dessas recentes mudanças nas formas de financiamento e organização da assistência à saúde, sobretudo na AB, sejam corretamente analisadas.

3 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL – A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOB A ÓTICA DO INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO

A análise de políticas públicas é uma ciência que se debruça sobre a avaliação do conjunto de ações realizadas ou não por um governo a fim de resolver os problemas e demandas sociais expressos por diferentes grupos. As políticas públicas propriamente ditas seriam, portanto, essas intervenções executadas pelos diferentes governos que atuam no Estado conjuntamente a atores e instituições governamentais e não governamentais (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Nesse sentido, é fundamental compreender a diferença conceitual entre Estado e governo. Conforme explicado por Chaves (2016), Estado é a estrutura, a nação politicamente organizada, a instituição representada por grupos. Esses grupos são os governos, aqueles que saem vitoriosos de uma eleição e possuem um tempo determinado no poder.

As trajetórias das políticas públicas estão envoltas em disputas de ideias e ideais que ocorrem no cerne desses governos e são esses embates que em muitos casos direcionam certas práticas políticas (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Desse modo, qualquer teoria que pretenda analisar como ocorre o enfrentamento dos problemas considerados “de todos” deve olhar para as relações estabelecidas entre agentes situados em diferentes espaços sociais, porém sem esquecer que é o Estado – na figura dos governos - o principal responsável pela tomada de decisões (BOURDIEU, 2014).

O estudo crítico dos princípios, hipóteses e resultados das políticas públicas permite que elas avancem no sentido da coerência e da consistência. Todavia, a produção científica centrada na análise das políticas públicas de saúde bucal ainda é recente e incipiente, possivelmente por causa da dificuldade em se encontrar métodos analíticos capazes de elucidar as especificidades dos seus percursos (CHAVES, 2016). Nesse contexto, o institucionalismo histórico foi escolhido como referencial teórico no presente estudo. Essa escolha se justifica pelo fato de que o institucionalismo histórico defende a tese de que eventos outrora ocorridos influenciam as decisões políticas (PIERSON, 2004) e dispõe de ferramentas que, no campo da saúde bucal, poderiam auxiliar na reflexão da trajetória trilhada pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2004.

Para o institucionalismo histórico, as instituições são estruturas que mediam a relação entre Estado e sociedade (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015) e podem se caracterizar tanto por regras formais, traduzidas como atos normativos (leis, diretrizes, constituições, etc) impostos por um governo ou agente com poder de coerção, quanto por regras informais, representadas pelos códigos de conduta definidos pela própria sociedade ou por estruturas de poder e dominação ideológica (CHAVES, 2016). Essas instituições se modificam de maneira incremental e, por consequência, alteram as escolhas e prioridades de atores políticos. Sendo assim, impactam diretamente nos resultados alcançados a partir da formulação, implementação e avaliação das políticas públicas (CHAVES, 2016).

Por exemplo, no período pós-II Guerra Mundial países europeus reorganizaram as suas estruturas estatais e desenvolveram uma nova proposta institucional de Estado, denominada Estado de Bem-Estar Social. O objetivo era implementar e financiar políticas que atendessem às demandas sociais e amenizassem as disputas entre representantes do capital e do trabalho (GOMES, 2006; PIRES; DEMO, 2006). Contudo, a crise do petróleo ocorrida na década de 1970 impôs uma redução na acumulação de capital, enfraquecendo substancialmente o Estado de Bem-Estar enquanto as dinâmicas neoliberais eram fortalecidas. Os debates em torno dos impactos ocasionados por esse processo discorrem justamente sobre as questões sociais, sendo importantes para se compreender as desigualdades tão presentes na contemporaneidade (PIRES; DEMO, 2006).

Um conceito importante da corrente do institucionalismo histórico é o de dependência da trajetória, do inglês *path dependence*, definida como a sequência de escolhas condicionadas por decisões prévias. Isto é, há uma tendência de que as escolhas realizadas em um determinado momento tão somente reforcem, as vezes sem maiores reflexões, opções tomadas em períodos anteriores (GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Em consonância, Outeiro e Nascimento (2020) defendem que a visão institucional permite uma análise mais aprofundada dos fatores implicados na reprodução, em tempos presentes, de decisões feitas no passado e de como isso impede que mudanças, mesmo que necessárias, venham a ocorrer.

Contudo, essa trajetória não é linear, isto é, um ponto “x” não leva diretamente a um ponto “y”, pois outras tantas situações precisam ocorrer para que os resultados sejam produzidos. Ou seja, outras ações (*feedbacks positivos*) se integram à trajetória institucional inicial de uma política, reforçando suas consequências (PIERSON, 2004).

Ademais, as conjunturas críticas, como aquela que levou à derrocada do Estado de Bem-Estar Social ou mais recentemente a crise política e econômica experimentada pelo Brasil em 2014, possuem ampla capacidade de alterar a dinâmica institucional, sobretudo ao se somarem à eleição de governos neoliberais (MAHONEY; THELEN, 2010). Desse modo, é importante que pesquisadores se debrucem sobre essas mudanças, analisando não somente os contextos aos quais elas estão implicadas, mas principalmente os resultados gerados a partir delas.

3.2 A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO BRASIL

3.2.1 Da Lei Eloy Chaves às Leis Orgânicas da Saúde

Diversos movimentos, ou instituições, influenciaram os rumos da saúde bucal ao longo da história. Houve um caminho, uma história que precisa ser contada para que se entenda o que está posto hoje. Nesse sentido, é necessário retroceder a 1923, ano de promulgação da Lei Eloy Chaves, que inaugurou a Previdência Social brasileira. Essa normativa dispunha sobre a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os trabalhadores de empresas do setor ferroviário e foi um marco importante também para a Odontologia, tendo em vista a possibilidade de que seus segurados e beneficiários tivessem acesso à assistência odontológica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Apesar disso, foi apenas 10 anos depois, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que a prestação desses serviços se tornou mais evidente. Não havia, no entanto, diretrizes que orientassem a prática odontológica vigente, a qual acabava por se caracterizar como uma ação mutiladora e emergencial (LANA, 1984).

No que se refere à saúde bucal na saúde pública, em 1951 foi instalada nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) uma Seção de Odontologia (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012). Nesse período, o modelo de atenção de assistência odontológica adotado foi denominado de Sistema Incremental (SI). Com origens nos Estados Unidos, o SI se caracterizava pelo uso de equipamentos de baixa densidade tecnológica e o foco em grupos específicos, mais especificamente crianças entre 6 e 14 anos. Além disso, em 1953 o SESP também foi responsável pela implantação do primeiro sistema de fluoretação das águas de abastecimento público na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012). A

Odontologia de Mercado, cujas práticas, como o próprio nome deixa claro, reproduziam aquilo que era realizado nos consultórios particulares, deixou de ser o único modelo de atenção existente, embora permanecesse hegemônico (NARVAI, 2006).

Em março de 1964 um golpe de Estado executado por militares e com apoio de alguns membros da elite civil instituiu um regime ditatorial no Brasil, altamente centralizador e autoritário. Para a Odontologia, tendo em vista a inexistência de qualquer direcionamento quanto à realização das atividades em âmbito público, em 1969 foi elaborado um documento denominado Atividades de Odontologia, que fazia uma breve descrição das condições de saúde bucal da população (bastante precárias, cabe ponderar) (BORGES FILHO et al., 1969). Nele havia críticas quanto ao emprego incorreto de recursos financeiros no setor e a insuficiência de recursos humanos e materiais, bem como recomendações com vistas a superar essas problemáticas.

Todavia, essa mobilização não foi suficiente para que mudanças em qualquer aspecto fossem observadas (BORGES FILHO et al., 1969). De maneira contrária, também em 1969 o Ato Normativo nº 48 definiu que a atenção odontológica deveria priorizar a remoção de focos de cárie dentária em crianças, enquanto os adultos só deveriam ser atendidos se houvesse disponibilidade financeira para tanto (BRASIL, 1969). Uma das poucas conquistas da Odontologia naquele momento foi a assinatura da Lei nº 6.050, que tratava da fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existisse estação de tratamento (BRASIL, 1974).

Em 1976 o Decreto nº 79.056 propôs uma reorganização para o Ministério da Saúde (MS), determinando que este se responsabilizasse pela execução das atividades e medidas de interesse coletivo relativas à saúde (BRASIL, 1976). No entanto, a ausência de qualquer menção à área odontológica perpetuou a inexistência de programações de abrangência nacional e, conseqüentemente, a descoordenação das atividades realizadas no território brasileiro. Não obstante, o subfinanciamento das ações odontológicas impunha severos desafios para qualquer alteração nesse paradigma (VIANNA, 1978).

O projeto de nação perpetrado na época da ditadura foi marcado por intensa concentração de renda e construção de obras imensas - algumas nunca finalizadas, como a Transamazônica - com recursos da Previdência Social (SANTOS, 2017). O “milagre econômico” ocorrido nos anos 1970 se mostrou uma farsa, e a recessão que logo se estabeleceu no Brasil provocou ainda mais tensões sociais. Assim, enquanto

o regime militar parecia estar em declínio, rascunhos de um sistema de saúde universal, à semelhança daqueles desempenhados pelas nações europeias que adotaram o Estado de Bem-Estar Social no pós-guerra, começaram a tomar forma. Para tanto, movimentos sociais e estudantis, partidos políticos e prefeituras progressistas, universidades e tantos outros se empenhavam na luta para que o objetivo fosse alcançado. Foram esses atores que mais tarde constituíram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (CARVALHO, 2013).

Nesse interim, muitos dos problemas de interesse público relacionados à saúde bucal foram trazidos ao debate. Evidenciou-se, por exemplo, que os eventos científicos odontológicos não tinham por hábito tratar de questões como o crescimento do quantitativo de planos e seguros odontológicos, as dificuldades atreladas à falta de investimentos e de recursos humanos em número inadequado e ainda a baixa cobertura da fluoretação das águas de abastecimento. O intuito era que esses eventos passassem a abordar a criação daquele que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) (NARVAI, 2020). Essas inúmeras inquietações relacionadas ao modo de se fazer e pensar saúde bucal foram fundamentais para que, em 1985, fosse fundado o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO).

Assumindo um papel de protagonista na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, o MBRO defendia uma Odontologia acessível a todos, pública, gratuita e de qualidade, opondo-se veementemente à mercantilização do cuidado odontológico. Muitos dos profissionais que participaram dessa Conferência vieram a integrar posteriormente entidades importantíssimas na história da Reforma Sanitária brasileira, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Contribuíram, ainda, na construção da Saúde Bucal Coletiva (SBC), cujo objetivo é ressignificar a saúde bucal na perspectiva dos determinantes sociais da saúde (NARVAI, 2020; SOARES et al., 2017).

Com a derrocada do regime militar em 1985, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986 e considerada um dos principais marcos históricos da saúde brasileira, encontrou um ambiente propício para discutir a necessidade de um sistema nacional de saúde novo, que abordasse um conceito ampliado de saúde, recebesse um financiamento condizente com suas necessidades e atuasse separadamente da Previdência (BRASIL, 1986). A Constituição Federal (CF) de 1988 se valeu dos relatórios produzidos na 8ª CNS para, com apoio de uma comissão

advinda também desse evento, formalizar a criação do SUS, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A CF de 1988 define que as ações e serviços de saúde devem ser organizados por meio de redes hierarquizadas e regionalizadas, atendendo diretrizes relativas à descentralização e à participação popular. Assim, os municípios, oficialmente dotados de autonomia política, administrativa e econômica a partir da Carta Magna, passaram a ser os principais responsáveis pela execução de políticas sociais (BRASIL, 1988; SOUZA; COSTA, 2010). Somando-se à CF, as Leis nº 8.080, que dispõe acerca das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços e das funções da União, dos Estados e dos Municípios e nº 8.142, que trata da participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, formam a base legal do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Em 1989 a Divisão Nacional de Saúde Bucal do MS publicou a primeira PNSB e lançou o Programa Nacional de Controle da Cárie Dentária (Precad). Com a PNSB, vislumbrava-se a ampliação do acesso aos serviços odontológicos e a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira. Para tanto, entre os seus objetivos constavam a estruturação de uma rede nacional de serviços básicos em saúde bucal, a formação de recursos humanos de nível superior, técnico e auxiliar, a redução nos índices de edentulismo e de extrações dentárias na população jovem e adulta e a diminuição da prevalência de cárie dental em crianças e adolescentes. O Precad consistia em um subprojeto da PNSB e traçava mais detalhadamente os meios para se combater a cárie dentária buscando uma queda de 50% dessa doença na população brasileira em 10 anos (BRASIL, 1989; BRASIL, 1989b; SOARES et al., 2016).

A proposta da PNSB de 1989 era a de que a organização dos serviços ocorresse por meio da definição de prioridades. A predileção era pelos serviços emergenciais, enquanto as ações preventivas e educativas configuravam em segundo lugar. Em terceiro estavam os denominados “serviços recuperadores básicos”, como a atenção à cárie e à doença periodontal, destinados às crianças de 6 a 12 anos e em quarto as especialidades básicas, como endodontia, cirurgia e periodontia, para os indivíduos de 6 a 12 anos e 13 a 19 anos. Por fim, na quinta posição, estavam os serviços especializados de maior complexidade (BRASIL, 1989a). Ou seja, embora citasse os princípios finalísticos do SUS e fosse influenciada pelo movimento

sanitarista, direcionava a democratização do acesso a grupos prioritários (SOARES et al., 2016).

A despeito da intensificação da intervenção do Estado na atenção odontológica desde a segunda metade da década de 1970, nem mesmo com a criação do SUS e da PNSB de 1989 os embates travados para que a saúde bucal fosse inserida no escopo desse sistema deixaram de existir. Tanto que durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, discutiu-se as dificuldades enfrentadas por gestores municipais para que as ações na área não fossem preteridas (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Já em 1994, com o avanço da descentralização e os resultados positivos do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Atenção Básica (AB) foi colocada em destaque na agenda setorial e alçada ao posto de reorientadora do modelo assistencial praticado no SUS por meio do PSF. O foco na família foi considerado inovador e possibilitou que o PSF encontrasse espaço na agenda política (CASTRO; MACHADO, 2012). Buscava-se, assim, romper com a lógica biomédica e hospitalocêntrica. Era imperativo, então, que a saúde bucal fosse incorporada nesse processo.

No entanto, ela inicialmente esteve alheia ao PSF, o que provavelmente prejudicou a integração dos profissionais da Odontologia com os demais trabalhadores da saúde e determinou formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal no Brasil (BALDANI et al., 2005). Nesse cenário, não surpreende que os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) realizada em 1998 tenham revelado que 29,6 milhões de brasileiros nunca havia ido ao dentista, valor que representava quase 18% de toda a população naquele ano (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011). Ainda que esses dados fossem claros quanto à urgência de que a atenção à saúde bucal fosse alvo prioritário nos diferentes níveis de governo, foi só no ano 2000 que ações mais concretas começaram a ser observadas.

A Portaria nº 1.444, por exemplo, incluiu as eSB no PSF, estabelecendo duas possíveis composições: Modalidade I, formada por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB); e Modalidade II, que agrega, além do CD e do ASB, o técnico em saúde bucal (TSB). Assim, observou-se um aumento expressivo do número de eSB cadastradas, havendo, em 2001, 2.248 equipes enquanto em 2002 esse número passou a ser de 4.261 (BRASIL, 2007a).

3.2.2 Política Nacional de Saúde Bucal: A Gênese, a Glória e o Declínio

Apesar de importante, o incremento no número de eSB nos primeiros anos da década de 2000 ainda não demonstrava resultados consistentes. Por exemplo, o Projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil), realizado pelo MS, explicitou por meio de dados divulgados em 2004 as persistentes iniquidades em saúde bucal, o grande número de desdentados e as limitações de acesso aos serviços (BRASIL, 2004b). Nesse mesmo período, propostas formuladas com o objetivo de alterar os rumos da Odontologia no SUS foram agregadas e acolhidas pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, Presidente da República eleito em 2002 (NARVAI, 2011). Foi então que, em 2004, uma nova PNSB - denominada Brasil Sorridente - foi publicada (BRASIL, 2004a).

A eleição de um partido progressista, cujo plano de governo apontava para uma agenda preocupada com as políticas sociais, sobretudo com o combate à fome, abriu “janelas de oportunidade” tanto para a inserção das eSB no PSF quanto para a publicação da PNSB de 2004 (BARTOLE, 2006). Todavia, a gênese dessa política data de muitos anos antes. A trajetória institucional da PNSB retrata um processo complexo que se iniciou na luta pela reconquista de direitos sociais e políticos subtraídos durante a ditadura e se fortaleceu em eventos como o Encontro Científico de Estudantes de Odontologia (ECEO) e o Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), bem como por meio das articulações construídas no seio do MRSB e do MBRO (NARVAI, 2020).

Assim, a PNSB se caracteriza como uma política de caráter democrático e participativo (LUCENA et al., 2011). Um aspecto a ser salientado no que se refere à institucionalização da PNSB é que políticas públicas relativas à saúde bucal anteriores a ela não conseguiram se consolidar no Brasil por falta de priorização política e por financiamento inadequado. Esse fato explicita o quanto o poder político, sobretudo na figura do Executivo Federal, consegue direcionar e regular políticas conforme seus interesses, induzindo a adoção de seus programas e ações a partir de atos normativos que atrelem mecanismos financeiros (CASTRO; MACHADO, 2010).

Desse modo, é possível compreender porque foi somente a partir do Brasil Sorridente que houve verdadeiramente uma definição, por meio de leis, diretrizes e portarias, do papel de cada nível de atenção e da interação necessária entre os diferentes setores. Além disso, foi também com essa política que se expôs a

importância do planejamento e da execução de ações que visassem superar as desigualdades regionais (PUCCA JR et al., 2015). A construção de arcabouço legal mais amplo e consistente foi um dos importantes avanços conquistados a partir da PNSB, mas não foi o único. Os números, sejam eles respectivos ao financiamento, ao quantitativo de equipes, à cobertura da saúde bucal ou ainda à quantidade de serviços implantados, aumentaram consideravelmente nos anos seguintes à sua publicação.

Entre 2003 e 2010 foram criadas 16.163 novas eSB, atingindo, nesse último ano, um total de 20.424 equipes. Em 2014, esse valor subiu para 24.243, havendo uma cobertura de 38% da população. Em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estima-se que 8,89 unidades eram implantadas mensalmente no período compreendido entre 2003 e 2010, sendo que em apenas dois anos após a publicação da PNSB houve um aumento de 398% no número de unidades em funcionamento. Ao final de 2014, havia no Brasil 1.030 CEO, 20,8% a mais em relação a 2006. Ao final de 2008, 503 municípios já possuíam águas de abastecimento público fluoretadas, beneficiando 7,6 milhões de brasileiros. Sobre os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), em 2014 havia 1.995 implantados, o dobro se comparado à 2010. Os resultados das PNAD de 2003 e de 2011, bem como o SB Brasil de 2010, também foram bastante animadores, ainda que houvesse muito o que avançar (BRASIL, 2012; NARVAI, 2020; CHAVES et al., 2017).

Entretanto, os retrocessos não tardaram a ocorrer. Há uma disputa histórica entre a Odontologia de mercado e a SBC e, desde meados de 2005, as pressões exercidas por aquela pelo domínio do modelo de atenção se intensificaram (NARVAI, 2020). Além disso, Chaves et al. (2018) apontam que a PNSB ainda carece de institucionalização, o que impacta sobremaneira o seu aprofundamento e a sua continuidade. Nesse sentido, diante de crises políticas e econômicas como a que o Brasil tem enfrentado desde 2014, a saúde bucal não é priorizada enquanto centro nucleador de políticas. Essas crises, que por si só suscitam danos às políticas públicas de cunho social por meio da redução no seu financiamento (PROBST et al., 2019; ROSSI et al., 2019), quando somadas à ascensão de um governo deliberadamente neoliberal, aceleraram o processo de derrocada do Brasil Sorridente.

Desde a substituição de Dilma Rousseff por Michel Temer na Presidência da República após um processo de *impeachment*, as ações de saúde bucal já vinham sendo criticadas por irem em direção oposta ao caráter universal e igualitário do SUS (CHAVES, 2018). Nesse mesmo período, medidas de austeridade fiscal, como a

Emenda Constitucional (EC) nº 95 que limita o repasse de recursos federais para as políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016), reduziram a dimensão pública do Estado e limitaram as políticas sociais. Contribuiu-se, assim para o adoecimento das populações, sobretudo as mais vulneráveis, pelo aumento dos níveis de pobreza e da desigualdade social (DWECK, OLIVEIRA e ROSSI, 2018). Narvai (2020) destaca ainda que há intencionalidade nos ataques perpetrados pelos governos que sucederam a destituição de Dilma Rousseff contra as políticas de proteção social.

As perspectivas, que já não eram favoráveis, se tornaram ainda piores com a promulgação da Portaria nº 2.436, em 2017, que aprovou a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apontada como promotora de retrocessos (NARVAI, 2020). Esses retrocessos, conforme explicado por Morosini, Fonseca e Lima (2018), estão relacionados à relativização da cobertura universal, à recomposição das equipes de forma ambígua e à fragilização da coordenação nacional da política de AB. Narvai (2017) é ainda mais incisivo e reflete que na prática, a PNAB de 2017, ao financiar outros modelos de equipe que não necessariamente sejam multiprofissionais, permitindo que municípios não incluam a saúde bucal em seus sistemas de saúde, acaba com o Brasil Sorridente tal qual foi pensando em sua gênese.

Mais recentemente, a Portaria nº 2.979, de novembro de 2019, alterou as regras de transferências de recursos do governo federal para o SUS, vinculando os repasses a uma capitação ponderada, ao desempenho medido por meio de indicadores selecionados e a provisão de incentivos para determinadas estratégias e programas (BRASIL, 2019a). Visando alterar a lógica indutiva e garantir mais autonomia aos gestores municipais na alocação de recursos, o que o Previne Brasil acaba por fazer é o redirecionamento do objeto de incentivo federal e seus propósitos. Nesse cenário, o governo federal utiliza o financiamento como ferramenta para orientar a política de AB em âmbito local, baseando-se em seus próprios pressupostos e não necessariamente nas necessidades e demandas do território (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Para Baptista (2007), a publicação de um grande quantitativo de atos normativos que regulam o repasse de recursos federais para o SUS não foi acompanhada de discussões prévias nos espaços de governança, como as comissões intergestores. Desse modo, o MS tem utilizado o financiamento de maneira desbalanceada na operacionalização da reforma do sistema de saúde. Além disso,

por estarem atreladas à incentivos financeiros, por vezes gestores locais e regionais são impelidos a adotarem determinadas políticas e práticas propostas pelo governo federal, ainda que as amplas mudanças promovidas por elas sejam de difícil apreensão e incoerentes com os princípios do SUS (BAPTISTA, 2007).

Com o componente do desempenho, que trata do cumprimento de metas vinculadas a indicadores específicos escolhidos pelo próprio MS, dá-se ênfase aos resultados das ações de saúde, isto é, à produção destas, enquanto o processo de trabalho não é alvo de avaliações. Ao mesmo tempo, algumas das iniciativas que contribuíam para a organização do trabalho na lógica comunitária e territorial deixaram de ser financiadas, sendo o caso do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) o mais emblemático (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). No que se refere à saúde bucal, ainda que eSB, CEO, LRPD e Unidades Odontológicas Móveis (UOM) estejam entre as ações estratégicas incentivadas pelo Previne, os valores que se pretende investir no setor entre 2019 e 2022 não são suficientes para custear a estrutura física e de pessoal existente (BRASIL, 2019c; NARVAI, 2020).

Tendo em vista os projetos de sociedade em disputa atualmente no país, Narvai (2020) se preocupa com os rumos da PNSB nos próximos anos. Em consonância, Chaves et al. (2018) comenta que a oferta de serviços odontológicos na saúde pública de maneira ampla e integral como previsto pela PNSB é algo relativamente novo e, portanto, frágil diante da concorrência com o mercado privado. Ressalta também que os aportes financeiros por parte da União não têm sido condizentes com a implantação e o custeio dos serviços, sobrecarregando o ente municipal. Desse modo, diante da ameaça à permanência da Odontologia no SUS, barreiras são impostas para o acesso ao cuidado, sendo os resultados disso perversamente proporcionais à vulnerabilidade das populações (PROBST et al., 2019).

3.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS

Como visto na seção anterior, os investimentos específicos para a assistência odontológica na saúde pública brasileira ao longo da história se mostraram ora ausentes, ora insuficientes, havendo pouquíssimos momentos em que esse financiamento fez jus às necessidades do setor. Para Narvai (2020, p. 181), “constitui um axioma afirmar que a prioridade atribuída a uma política pública pode ser medida

pelo aporte de recursos a ela alocados” e, desse modo, o resgate histórico mais aprofundado de aspectos financeiros relacionados à saúde bucal também possibilita uma melhor compreensão da atual situação da PNSB. No presente estudo, o enfoque é dado a partir da criação do SUS.

Ao se elencar o PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial na AB, houve também mudanças sobre os critérios de distribuição de recursos financeiros, acabando-se com a exclusividade de pagamentos por procedimentos executados (CALADO, 2002). No entanto, como a saúde bucal em um primeiro momento não foi integrada ao PSF, não experimentou quaisquer mudanças nesse aspecto. Além disso, a despeito dos importantes avanços conquistados a partir do advento do SUS, não havia financiamento federal específico para a implantação e o custeio de equipes de saúde bucal na saúde pública até fins da década de 1990. Nesse período, um marco importante do financiamento público da saúde foi a edição da Norma Operacional Básica (NOB), em 1996, que instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011).

Os recursos, nesse contexto, passaram a ser transferidos da União aos estados e município a partir do estabelecimento de um valor *per capita*, chamado de PAB fixo e sob a forma de incentivos para programas e estratégias específicos, denominado PAB variável (BRASIL, 1996). Estimava-se que assim o acesso da população aos serviços básicos seria ampliado e que haveria maior equidade na distribuição de recursos financeiros no SUS. Todavia, cabia aos gestores locais gerir o montante recebido segundo critérios e prioridades estabelecidos por eles, tornando este um espaço de disputa no qual a Odontologia aparentemente estava longe de atingir um quadro de atendimento ideal (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011).

Essa realidade começou a mudar mais efetivamente quando a Portaria nº 1.444 incluiu as eSB no PSF e estabeleceu um incentivo anual de custeio no valor de R\$ 13.000,00 para equipes da modalidade I e de R\$ 16.000,00 para as equipes da modalidade II, além de R\$ 5.000,00 em parcela única para a aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001). Considerada pioneira no que se refere ao financiamento da Odontologia no SUS por ofertar de maneira inédita recursos advindos do governo federal especificamente para a área, essa iniciativa oportunizou aos gestores municipais a integração da saúde bucal na AB, o que até então inexistia ou ocorria de maneira tímida devido aos altos custos dos equipamentos e materiais odontológicos (KORNIS; MAIA; FORTUNA,

2011; MATTOS, 2014).

Os aportes financeiros para a PNSB alcançaram a média de R\$ 1.373.800.626,59 no período de 2003 a 2010, atingindo o valor de R\$ 1.754.877.233,10 em 2012. De 2003 a 2014 os recursos aumentaram expressivamente, passando de 83,4 milhões para 916 milhões. Mais especificamente para a AB, o aumento foi de 81,5 milhões em 2003 para 364,3 milhões apenas três anos depois. Já para a média complexidade os valores chegaram a 81,1 milhões em 2010, possibilitando uma grande ampliação na soma de procedimentos especializados executados (de 6,1 milhões em 2002 para 7,3 milhões em 2006) (CHAVES et al., 2017; NARVAI, 2020). Destaca-se ainda que entre 2003 e 2006 o número de estabelecimentos de saúde que ofertavam atendimentos odontológicos também cresceu, bem como o de contratação de cirurgiões-dentistas, TSB e ASB para atuarem nesses locais (CHAVES et al. 2017).

Em março de 2006 foi aprovada a PNAB, a qual estabeleceu que o PSF deixaria de ser um programa e se tornaria uma estratégia passando, a partir daquele momento, a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). Já em 2007 a Portaria nº 204 alterou a forma de financiamento do SUS, reduzindo as modalidades de transferências de recursos a cinco blocos: AB, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (BRASIL, 2007b). Um sexto bloco, denominado investimento na rede de serviços de saúde, foi incluído em 2009. Ressalta-se que os recursos destinados à PNSB pertenciam aos três primeiros grupos, sendo que os valores destinados às eSB estavam vinculados ao bloco da AB, dentro do PAB variável (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011).

As conquistas da Odontologia no SUS, principalmente após a PNSB, são expressivas e evidentes, havendo aumento na cobertura e no financiamento da saúde bucal, crescimento do número de estabelecimentos básicos e especializados que ofertam serviços de saúde bucal e maior contratação de profissionais da área, principalmente no período mais imediatamente posterior a implantação dessa política. Entretanto, Chaves et al. (2017) refletem que com o passar do tempo esses avanços não se sustentaram. As dificuldades para a efetivação da PNSB se tornaram mais explícitas a partir de 2015, após medidas de austeridade fiscal tomadas pela União no que tange o financiamento e a organização dos serviços de saúde no Brasil, especialmente da AB, justificadas como necessárias para a redução dos gastos

públicos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Nesse aspecto, Melo et al. (2020) discutem que as reformas econômicas centradas na austeridade fiscal, com destaque para a EC nº 95, juntamente aos incentivos para a participação do mercado privado em diferentes setores, geraram ainda mais sobrecarga ao SUS e fortaleceram os mecanismos de privatização da saúde. Após o impeachment de 2016, a transferência de recursos para a PNSB no governo de Michel Temer foi recuando substancialmente, registrando-se um valor 58,3% menor do que a média do período 1995-2002, anterior à política (NARVAI, 2020). Essas limitações orçamentárias foram e ainda são empecilhos para a contratação e o custeio de recursos humanos, implicando em desassistência em todos os níveis de atenção (PROBST et al., 2019). Sobre isso, enquanto no setor privado o número de CD especialistas cresceu em média 30,3% ao ano, no público esse valor foi de 11,6% (CASCAES, DOTTO; BONFIM, 2018).

O processo de profundas mudanças na AB foi intensificado a partir de 2019, ano em que foi aprovado o Previner Brasil, apoiando-se na justificativa da ineficiência dos gastos em AB para extinguir os PAB fixo e variável e basear o repasse dos recursos federais no quantitativo populacional cadastrado, estabelecer uma nova forma de pagamento por desempenho e incentivar ações estratégicas específicas (BRASIL, 2019a; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Apresentada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do MS em 2019, a estimativa preliminar do orçamento previa uma alocação de R\$ 1.094.451.230,00 para as eSB e os CEO, chegando em R\$ 1.329.612.075,00 no ano de 2022. O valor de 2019 correspondia ao volume transferido em 2004 e à média do período de 2003 a 2010. Desconsiderava, portanto, os aumentos inflacionários, populacionais e na própria rede de serviços (BRASIL, 2019c; NARVAI, 2020).

Para Kornis, Maia e Fortuna (2011) os gestores locais de fato necessitam ser responsabilizados pela provisão da oferta de ações e serviços relativos à PNSB. Entretanto, os autores ponderam que há inúmeras desigualdades entre os municípios, pois principalmente os de pequeno porte e os localizados em áreas de mais difícil acesso têm menor capacidade de geração de receitas próprias, o que impacta na dificuldade de custeio de recursos humanos e manutenção dos serviços, sabidamente onerosos. As transferências federais, nesse cenário, são essenciais para que as ações e serviços sejam organizados de maneira equânime (PIERANTONI, 2001; KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011, 2011).

Nesse contexto, ao repassar para os entes subnacionais essa responsabilidade sobre os gastos sociais, realizando assim uma restrição fiscal, o objetivo da União se direciona muito mais para uma contenção de despesas do que necessariamente para um fortalecimento da descentralização no sistema de saúde (LIMA; ANDRADE, 2009). Desse modo, a fragilização da rede de serviços e o aumento das iniquidades em saúde se tornam ainda mais expressivos. O neoliberalismo, que tem encontrado cada vez mais espaço no Poder Executivo na história recente do Brasil, prioriza o controle inflacionário e a atração do capital externo em detrimento das políticas sociais (LIMA; ANDRADE, 2009). Como resultado, indicadores de saúde, incluindo os de saúde bucal, têm apresentado resultados preocupantes (PINTO et al., 2020) e a desejada reorientação do modelo de atenção à saúde bucal se torna difícil e distante.

3.4 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Modelos de atenção à saúde denotam combinações tecnológicas cujo intuito é resolver problemas, atender as necessidades de saúde de uma população adscrita, organizar os serviços e intervir em situações de saúde (PAIM, 2003). São, para além de um arranjo técnico-organizacional, o modo como o Estado responde ao desenvolvimento de ações assistenciais (CAMPOS, 1994). Ademais, se trata de um fenômeno complexo que evidencia as distintas maneiras de se executar as práticas em saúde e os valores, conhecimentos e paradigmas hegemônicos que orientam a sociedade. Nesse sentido, a forma como é dada a resposta política aos problemas de saúde enfrentados por essa sociedade, levando em conta, entre outros aspectos, os custos e as demandas, retrata a escolha de um determinado modelo assistencial (FERTONANI et al., 2015).

Até a década de 1950, havia no Brasil um modelo hegemônico de assistência à saúde bucal denominado Odontologia Científica, centrado em uma prática liberal que, ao se basear no modelo flexneriano, caracterizava-se pelo individualismo, curativismo, biologicismo e mecanicismo. A limitação do acesso culminava em uma procura tardia por atendimento, perpetuando uma abordagem invasiva e mutiladora por parte dos serviços odontológicos, manifestada por meio de múltiplas exodontias (NARVAI, 1994; CALADO, 2002). Para Narvai (2006), essa concepção de prática ainda é, nos dias atuais, hegemônica no setor privado e exerce grande influência também no setor público.

Foi também durante a década de 1950 que atividades odontológicas vinculadas aos programas de fluoretação das águas de abastecimento público e à assistência a escolares por meio do SI começaram a ser fomentados pela recém-criada seção de Odontologia da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) (CALADO, 2002). O objetivo do SI, que durante mais de quatro décadas foi o sinônimo de modelo de assistência à saúde bucal no Brasil, foi descrito por Pinto (2000) como sendo o tratamento das necessidades acumuladas de uma população específica com posterior controle dos casos.

Entretanto, ainda que tenha sido concebido para aplicação em quaisquer populações, no país o foco recaiu sobre escolares de 6 a 14 anos de idade por apresentarem maior incidência de lesões de cárie em estágio inicial. Aos demais indivíduos os atendimentos eram ofertados, de modo pulverizado, pelas instituições conveniadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), pelas secretarias estaduais de saúde e pelas entidades filantrópicas (NARVAI, 1994). Assim, nos anos de 1970 a ineficácia, a pouca abrangência e a baixa cobertura desse modelo fizeram com que as críticas fossem cada vez mais frequentes (CALADO, 2002).

Reivindicando-se também como uma alternativa à Odontologia Científica, surgiu na década de 1970 outro modelo de atenção, a Odontologia Simplificada, que preconizava a racionalização do tempo de trabalho do cirurgião-dentista e o menor número de consultas estipuladas para a conclusão dos tratamentos. Contudo, na concepção de Mendes (1986) a Odontologia Simplificada não buscava uma mudança qualitativa da prática profissional e sim a realização de procedimentos curativos em maior quantidade e menor tempo possível, gastando-se estritamente o necessário. Ou seja, a prática se mantinha bastante curativista e não se configurava verdadeiramente como uma antagonista ao modelo flexneriano (NARVAI, 1994).

A Odontologia Integral, por sua vez, surgiu nos anos de 1970 como uma antítese à Odontologia Simplificada e já apresentava alguns elementos ideológicos que viriam a ser preconizados futuramente com o advento do SUS, sendo eles o coletivismo; a integração entre ações curativas, preventivas e de promoção à saúde; a descentralização da atenção odontológica; o uso de tecnologia apropriada, eficaz e com custo social mínimo; a participação da comunidade e ainda a ideia de equipe de saúde, desmonopolizando o saber odontológico (MENDES, 1986). Todavia, continha características semelhantes ao SI, sendo denominada, inclusive, de incremental

modificada (ZANETTI et al., 1996).

Já no final da década de 1980 foi concebido o Programa Inversão da Atenção (PIA), que alterava o enfoque da cura da cárie para o seu controle, como crítica ao SI. O PIA enfatizava o tratamento preventivo em detrimento do cirúrgico-restaurador e buscava incorporar as melhorias advindas da Odontologia Integral, porém adaptando-as aos princípios e a nova estrutura organizativa do SUS. Permaneceu, entretanto, dando prioridade e em alguns casos até exclusividade a grupos restritos, atuando em escolas e creches, muitas vezes sem considerar as verdadeiras necessidades epidemiológicas da população (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; FERREIRA et al., 2011).

Já o modelo de Atenção Precoce foi desenvolvido com o enfoque sobre os problemas bucais na primeira infância, tendo em vista que as crianças menores de seis anos eram até então desassistidas. A primeira experiência desse modelo ocorreu na Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná, com a criação da Bebê-Clínica. No serviço público, a implementação de Clínicas de Bebê se tornou a principal estratégia de saúde bucal no estado do Paraná (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) capacitou, com apoio da UEL, mais de 200 profissionais de Odontologia para atuarem nesses serviços e destinou recursos financeiros para aproximadamente 200 municípios, de modo que pudessem adquirir os materiais e equipamentos necessários (CALDARELLI et al., 2019).

Apesar dos resultados positivos alcançados no que se refere à redução de cárie dentária, a Atenção Precoce, tal qual muitos dos modelos que a antecederam, se caracteriza pelo foco em uma população específica. Assim, com a inexistência de uma estratégia de continuidade à assistência aos demais indivíduos, o cuidado se torna fragmentado e excludente (MORAIS et al., 2020). É por isso que Mattos et al. (2014) entendem que os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil eram ineficazes, pois não conseguiam responder aos problemas de saúde da população e ineficientes, pois apresentavam um baixo rendimento se comparado aos altos custos para a sua execução. Além disso, com a concepção, em 1988, de um sistema de saúde universal, permitindo o acesso de toda a população aos serviços de saúde e tornando exclusões de quaisquer tipos inadmissíveis, reiterou-se a necessidade de se superar um dos principais desafios da Odontologia na saúde pública: o foco em populações-alvo programáticas (CALADO, 2002; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Assim sendo, a PNSB tem como diretrizes a reorganização da AB em saúde bucal, integrando-a ao PSF, a ampliação e a qualificação da média complexidade, a

assistência na atenção de alta complexidade e a promoção e prevenção da saúde bucal, viabilizando políticas públicas que garantissem, por exemplo, a implementação da fluoretação das águas de abastecimento (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, ao promover a articulação da AB com os demais pontos da rede de serviços e preconizar a integralidade nas ações de saúde bucal, a PNSB favorece a organização dos serviços de Odontologia sob a perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (PIMENTEL et al., 2021).

Os pressupostos da PNSB são claros quanto à sua intencionalidade: romper com a Odontologia de mercado. Contudo, Narvai (2006) entende que esse rompimento exige que o trabalho odontológico seja pensado e planejado com vistas a atender as necessidades de todas as pessoas, sem exclusões, superando o modelo hegemônico pautado pela mercantilização dos serviços e pelo monopólio dos recursos odontológicos pelas parcelas mais ricas da população. É, portanto, uma atividade tão pretensiosa e complexa quanto fundamental para que os cuidados odontológicos possam de fato compor o bojo dos direitos humanos fundamentais (NARVAI, 2006). Nesse cenário, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem se configurar como caminhos para a promoção de mudanças.

3.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

3.5.1 O Arranjo Organizacional em Forma de Redes como Estratégia de Superação da Fragmentação do SUS

A Constituição Federal (CF) de 1988 não só marcou o processo de redemocratização do país após mais de duas décadas sob um regime militar altamente centralizador, como também foi responsável por ampliar as competências concorrentes entre os três níveis de governo, o que acabou por influenciar o desenho atual das políticas públicas, em que os governos locais se tornaram os principais responsáveis pela sua implementação (BRASIL, 1988; SOUZA, 2019). No que tange ao SUS, a descentralização e a regionalização foram definidas como princípios organizativos, de modo que as competências executivas relacionadas à oferta e organização dos serviços de saúde fossem amplamente repassadas aos municípios.

Contudo, inúmeras dificuldades estiveram atreladas a esse processo, como por exemplo a autonomia financeira limitada e a reduzida capacidade de gestão de muitos

municípios (SOUZA, 2001; PASCHE et al., 2006). Além disso, o Brasil tem vivenciado uma transição demográfica nas últimas décadas, observando-se o aumento da expectativa de vida a população e um perfil de morbimortalidade mais fortemente influenciado pelas doenças crônicas. Se por um lado isso demonstra que o desenvolvimento científico e tecnológico do setor saúde foi capaz de aumentar a sobrevivência de pacientes com as mais diversas morbidades, por outro manifesta a exigência de profundas mudanças no SUS, principalmente no que se refere à sua fragmentação (LAVRAS, 2011).

Essa fragmentação, conforme definido por Lavras (2011), explicita-se de diversas maneiras, como por exemplo por meio de fragilidades nas relações estabelecidas entre os serviços de saúde e/ou entre esses e o apoio diagnóstico e terapêutico, entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerências dos serviços e ainda entre as práticas clínicas realizadas por diferentes profissionais de um ou mais serviços. Nesse sentido, a conformação de um arranjo organizacional em forma de redes, onde os diferentes pontos de atenção se articulassem e estivessem sob a coordenação da AB, emergiu como uma solução para que governos locais conseguissem promover um cuidado em saúde resolutivo, integral e alicerçado nas reais demandas e necessidades da população (MELLO et al., 2014).

Assim sendo, uma reestruturação do sistema de saúde foi proposta pelo governo brasileiro, a qual tinha como pressuposto a implementação de RAS para operacionalizar a gestão e a atenção à saúde nos territórios. Essa iniciativa foi consolidada oficialmente pela publicação da Portaria nº 4.279 em 2010 (BRASIL, 2010). Por sua vez, o Decreto nº 7.508, de 2011, conceituou as regiões de saúde (RS) como espaços geográficos contínuos formados por municípios limítrofes que compartilham identidades culturais, econômicas e sociais semelhantes, bem como redes de comunicação e infraestrutura de transportes, a fim de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Além disso, esse Decreto definiu que as RAS deveriam estar compreendidas em uma RS ou em várias delas, em consonância com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

As RAS possuem três elementos constitutivos. O primeiro deles e a razão das RAS existirem é a população, ou seja, a atenção à saúde baseada na população é uma característica indissociável das RAS. Desse modo, cabe a elas proverem um cuidado pautado pelas necessidades de um público específico que esteja sob sua

responsabilidade, realizando, para tanto, o cadastramento das famílias, a territorialização e a estratificação de risco socio sanitário. O segundo elemento é a estrutura operacional, isto é, os nós que constituem as redes e as ligações materiais e imateriais que os comunicam. O primeiro componente da estrutura operacional é a AB, que deve ser reformulada para atender a três requisitos: resolatividade, solucionando pelo menos 80% dos problemas de saúde da população; coordenação, orientando os fluxos de pessoas, informações e produtos entre a rede; e responsabilização, acolhendo e se responsabilizando pelos usuários (MENDES, 2010).

O segundo componente trata dos pontos de média e alta complexidade, que se diferenciam por suas densidades tecnológicas, sendo os serviços de atenção hospitalar aqueles cuja densidade tecnológica é a mais elevada. No entanto, é equivocado pensar que exista uma relação de subordinação entre eles, uma vez que todos os nós que compõem uma RAS são igualmente importantes para que os objetivos precípuos sejam atingidos. O terceiro componente estrutural das RAS se trata dos sistemas de apoio, que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção e entre os quais se destacam a assistência farmacêutica, os sistemas de informação em saúde e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Já os sistemas logísticos, que promovem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas a partir de soluções tecnológicas, compõem o quarto componente. Por fim, o quinto componente é formado pelos sistemas de governança, que é transversal às redes temáticas de atenção à saúde e se responsabiliza por mediar as relações estabelecidas entre todos os outros componentes (MENDES, 2010).

Já o terceiro elemento das RAS são os modelos de atenção, que correspondem à forma como as RAS são organizadas. O modelo de atenção adotado revela o enfoque em determinadas intervenções sanitárias em detrimento de outras, o qual depende, sobretudo, dos determinantes sociais, de aspectos epidemiológicos e demográficos e ainda da visão dominante entre os atores envolvidos na criação de políticas públicas sobre a saúde (MENDES, 2010).

É natural que sistemas de saúde organizados por níveis de complexidade distribuam os serviços e ações ao longo de toda a rede e criem fluxos para que os usuários transitem entre eles, tendo em vista que a capacidade instalada não é igual em todos os pontos (SILVA et al., 2016). É também justamente por isso que a construção de RAS intermunicipais, dentro das RS, deve ser priorizada. Assim,

municípios melhor estruturados podem cooperar com aqueles que não conseguem ofertar uma cartela de serviços tão extensa (LUCENA et al., 2016).

A operacionalização das RAS exige o aprimoramento das dimensões técnicas e políticas por meio do investimento adequado. No entanto, os desafios para a implementação e o fortalecimento dessas redes no SUS são amplos e persistentes. Há, por exemplo, a descoordenação na oferta de serviços públicos e privados, a falta de capacitação dos profissionais para atuarem na perspectiva das RAS, a dificuldade da AB em exercer seu atributo de coordenadora do cuidado e organizar os fluxos de referência e contrarreferência com os demais níveis de atenção, a fragilidade na governança regional, entre outros problemas (SHIMIZU, 2013). Ainda, Santiago et al. (2016), refletem que as RAS precisam atentar para que não reproduzam a polarização dos serviços, concentrando os serviços de maior complexidade somente nos municípios maiores e mais ricos.

3.5.2 A construção das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) Enquanto Estratégia de Redirecionamento do Modelo Assistencial

Para Mello et al. (2014) um modelo de atenção à saúde bucal organizado sob a forma de Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) responderia de maneira mais efetiva aos anseios individuais e coletivos, sendo uma estratégia para se superar a incipiente atuação histórica do Estado no que se refere à saúde bucal coletiva. Nesse aspecto, ressalta-se que a PNSB foi cuidadosamente delineada para fomentar a articulação de RASB em todo o território, encadeando a existência de pontos de atenção de diferentes complexidades e integrados entre si. Assim, objetivava-se construir fluxos de referência e contrarreferência que seriam estabelecidos entre a AB, ordenadora do cuidado, e diferentes especialidades, além de fomentar a realização de ações intersetoriais e o enfrentamento das iniquidades sanitárias (BRASIL, 2004a; MELLO et al., 2014).

Alguns dos pontos de atenção que compõe as RASB são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde são ofertados atendimentos referentes à AB, os CEO, responsáveis pela atenção ambulatorial, os hospitais de referências, que atendem casos de alta complexidade e as unidades de apoio, como os LRPD e os Centros de Apoio Diagnóstico (CAD) (BRASIL, 2018). As condições crônicas que mais comumente afetam a saúde bucal, como a cárie dentária e a periodontite, devem ser

manejadas na AB com ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico precoce e limitação dos agravos. É esperado, portanto, que a AB consiga responder por aproximadamente 80% da atenção odontológica (PARANÁ, 2016).

Os casos mais complexos e que exigem uma intervenção mais especializada devem ser encaminhados pela AB aos CEO e se estipula que não ultrapassem 17% das necessidades de atenção à saúde bucal. Já os outros 3% ficariam à cargo das unidades hospitalares, responsáveis pelo atendimento de emergências odontológicas, como traumas e hemorragias, e de pessoas com deficiência ou que não respondam adequadamente às tentativas de tratamento com o uso de anestesia local (PARANÁ, 2016).

O estado do Paraná (PR) adotou as RAS a partir de 2011 como forma de superar modelos fragmentados e ultrapassados de gestão e organização dos serviços de saúde. Nesse período foram criadas a Rede Mãe Paranaense, a Rede da Pessoa com Deficiência, a Rede de Saúde Mental, a Rede de Atenção à Saúde do Idoso e a Rede de Urgência e Emergência (Paraná Urgência). Três anos depois, em 2014, a Direção Estadual de Saúde Bucal sugeriu e angariou a inclusão de uma sexta rede prioritária, a RASB (DITTERICH; GRAZIANI; MOYSES, 2019). A perspectiva com essa iniciativa era a de que a atuação isolada e pontual, prevalente na assistência odontológica até então, fosse substituída por uma postura de cuidado integral (PARANÁ, 2016; DITTERICH; GRAZIANI; MOYSES, 2019).

Entretanto, a consolidação das RASB enquanto fomentadoras da regionalização de ações e serviços de saúde bucal, ampliando assim o acesso a eles, ainda encontra barreiras promovidas por desafios relacionados, entre outras coisas, à aspectos estruturais, como a ausência ou a quantidade insuficiente de pontos de apoio nos diferentes níveis de atenção e a dificuldade em se estabelecer espaços de governança onde os objetivos em comum sejam discutidos e articulados (MELLO et al., 2014; PIMENTEL et al., 2021). Além disso, outro desafio posto não apenas para as RASB, mas para a Odontologia em geral, é o de se integrar às ações multi/interdisciplinares, multi/interprofissionais e intersetoriais, superando o seu isolamento histórico nos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

A partir dos temas abordados no quadro teórico-conceitual é possível explorar com maior profundidade aspectos relacionados ao modo como são ofertados e organizados os serviços de saúde bucal no SUS. Mais especificamente, evidencia a importância da priorização política e do financiamento adequado para que uma

política, neste caso a PNSB, possa ser de fato instituída, tendo seus pressupostos consolidados. Outrossim, revela o quão complexo é alterar arranjos institucionais há bastante tempo sedimentados, o que culmina na dificuldade em se reordenar o modelo de atenção à saúde bucal adotado no sistema de saúde brasileiro.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões do financiamento e da organização dos serviços de saúde bucal para o modelo de atenção odontológica na macrorregião Norte do Paraná

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a trajetória da Odontologia na saúde pública brasileira, buscando compreender a relação entre o financiamento federal e a oferta e organização dos serviços de saúde bucal.
- Avaliar indicadores de saúde bucal entre 2013 e 2019, identificando possíveis retrocessos às conquistas da PNSB.
- Identificar a percepção de gestores locais de saúde sobre os principais desafios enfrentados para a consolidação dos pressupostos da PNSB na prática odontológica.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa desenvolvido em dois movimentos. O primeiro, quantitativo, foi constituído por um estudo descritivo e exploratório que, por meio de dados secundários, buscou avaliar indicadores de saúde bucal da macrorregião Norte do Paraná, identificando possíveis desafios para a consolidação dos pressupostos da PNSB. No segundo movimento, qualitativo, foi investigada a percepção de gestores locais sobre as mudanças nas regras de transferências de recursos federais para o SUS e suas repercussões para a oferta e a organização dos serviços de saúde bucal na AB.

O presente estudo integrou a pesquisa intitulada “Mudanças nas regras de transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”, em andamento desde 2020 e desenvolvida de modo colaborativo entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), localizada no Rio de Janeiro, e a Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve como cenário a macrorregião Norte do Paraná, composta por cinco RS: 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a. A macrorregião analisada possui, atualmente, uma população total estimada em 1.819.461 habitantes, distribuídos em 97 municípios (BRASIL, 2021a). Desses 97 municípios, 84 são de pequeno, nove de médio e quatro de grande porte (menos que 25.000, entre 25.000 e 100.000 e mais de 100.000 habitantes, respectivamente) (WILLEMANN et al., 2019). Quanto à classificação geográfica, 58 municípios são considerados rurais adjacentes, 25 urbanos e 18 intermediários adjacentes (BRASIL, 2017). A disposição geográfica das RS dentro da macrorregião é apresentada na Figura 1.

Figura 1. Mapa da macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2021.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA/PR

5.3 PRIMEIRO MOVIMENTO

5.3.1 Coleta de Dados

Os indicadores de saúde bucal utilizados nesse estudo foram obtidos a partir dos dados consolidados de cada ano do período compreendido entre 2013 e 2019, disponibilizados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) (BRASIL, 2021a) e nos relatórios públicos da plataforma e-Gestor (BRASIL, 2021b), do MS. No SIA/SUS foram coletados, por uma pesquisadora previamente treinada, os elementos necessários para se calcular as médias de procedimentos odontológicos básicos individuais e de ações coletivas de saúde bucal por mil habitantes e a cobertura de primeira consulta odontológica programática (PCOP). A partir do e-Gestor foi possível identificar o total de eSB por modalidade (I e II) e comparar as coberturas de eSB e de equipes de modelo tradicional, assim como calcular a razão entre a população da macrorregião Norte do Paraná e o total de eSB.

5.3.2 Análise dos Dados

Os dados coletados foram transferidos para o Microsoft Excel®, onde se procedeu com as operações para se calcular as médias de procedimentos odontológicos básicos individuais e de ações coletivas de saúde bucal por mil habitantes, a cobertura de PCOP e a população adscrita por eSB em cada ano, conforme as seguintes fórmulas:

Média de procedimentos odontológicos básicos individuais por mil habitantes

$$\frac{\text{Procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em um ano}}{\text{População residente no mesmo local e período}} \quad X1000$$

Média de ações coletivas por mil habitantes

$$\frac{\text{Ações coletivas realizadas em um ano}}{\text{População residente no mesmo local e período}} \quad X1000$$

Cobertura de PCOP

$$\frac{\text{PCOP realizadas em um ano}}{\text{População residente no mesmo local e período}} \quad X100$$

População adscrita por eSB

$$\frac{\text{População residente na macrorregião Norte do Paraná em um ano}}{\text{Soma das eSB de tipo I e II no mesmo local e período}}$$

Foi também no Microsoft Excel® que se sucederam as demais tabulações e posteriores análises, com obtenção das frequências absolutas e relativas.

5.3.3 Aspectos Éticos

Tendo em vista que os dados coletados estavam disponíveis em relatórios públicos de sistemas de informação em saúde, a aprovação prévia dessa etapa do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada.

5.4 SEGUNDO MOVIMENTO

5.4.1 Sujeitos de Pesquisa

Para a escolha dos locais onde as entrevistas seriam realizadas, primeiramente foi construída uma matriz avaliativa que visava classificar os municípios quanto às suas condições frente ao financiamento e a organização da AB (Tabela 1). Esse instrumento foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa GESTSUS - Apoio à Gestão Municipal em Saúde, que integra o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL, de modo a ser utilizado em todos os estudos que integram o projeto realizado em parceria com a ENSP/Fiocruz.

As informações utilizadas na construção dessa matriz provinham de fontes de livre acesso e foram obtidas por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), e-GESTOR, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Os indicadores utilizados, bem como os eixos aos quais eles foram atribuídos, os estratos (parâmetros) vinculados à cada indicador e as possíveis pontuações a serem recebidas dependendo do estrato ao qual o município se enquadrava, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Eixos, indicadores, estratos e pontuação utilizados para a construção da matriz avaliativa. Paraná, 2021.

EIXOS	INDICADORES	ESTRATO	PONTUAÇÃO
Investimento municipal em saúde	1. Proporção de investimento de fonte livre em relação ao total de investimentos em saúde	Até 50%	3
		51 a 70%	2
		Mais de 70%	1
	2. Proporção de recursos de fonte livre investidos em saúde	Mais de 26%	3
		21 a 26%	2
		15 a 20%	1
Capacidade de uso de recursos de transferência	3. Capacidade de uso de recursos de transferência	Acima de 41%	3
		21% a 40%	2
		Até 20%	1
Capacidade de adesão à programas	4. Grau de adesão SB AB	Abaixo de 69%	3
		70 a 89%	2

estratégicos		90% ou mais	1
		Abaixo de 50%	3
	5. Grau de adesão Informatiza APS	51 a 79%	2
		80% ou mais	1
	6. Adesão PSE	Sim	1
		Não	2
	7. Adesão Saúde na Hora	Sim	1
Não		2	
Capacidade de cadastramento		50 a 69%	3
	8. Cobertura de cadastramento	70 a 99%	2
		100% ou mais	1
Desempenho	9. Indicador sintético final (ISF)	4,83-7,25	1
		2,42-4,82	2
		0- 2,41	3

Fonte: Elaboração própria

A seleção dos eixos considerou elementos relativos à nova política de financiamento da AB. Para cada um dos eixos estavam vinculados indicadores, os quais a depender da situação recebiam uma pontuação de 1 a 3. A partir das pontuações recebidas todos os municípios foram classificados de acordo com três possíveis escores: alto, intermediário ou baixo, sendo que quanto menor o escore, melhores as condições dos municípios frente aos aspectos analisados.

A faixa de pontuação relativa ao escore baixo, em que constavam os municípios com melhores condições de financiamento e organização da AB, ia de 5 a 8,66. Havia ainda uma faixa intermediária, que ia de 8,67 a 12,33 e uma alta (municípios com condições mais limitantes), que ia de 12,34 a 16.

Foram incluídos todos os municípios-sede de cada uma das cinco RS e selecionados um município de cada um dos escores. Considerou-se como critério de inclusão:

- Escore 1 (baixo): município com a menor pontuação.
- Escore 2 (intermediário): município com a maior pontuação
- Escore 3 (alto): município com a maior pontuação.

Apenas duas regiões apresentavam municípios no escore 3, sendo que em uma das RS o município nessa condição se recusou a participar da pesquisa. Assim,

foram incluídos no presente estudo 16 municípios: Apucarana, Jandaia do Sul e Marumbi, da 16ª RS, Londrina, Jaguapitã e Pitangueiras, da 17ª RS, Cornélio Procópio, Andirá, Nova Santa Bárbara e Santo Antônio do Paraíso, da 18ª RS, Jacarezinho, Santo Antônio da Platina e Tomazina, da 19ª RS e Ivaiporã, Cruzmaltina e Nova Tebas, da 22ª RS.

No que se refere aos sujeitos de pesquisa propriamente ditos, foram entrevistados 29 gestores, sendo que 12 possuíam cargos especificamente vinculados à gestão da saúde bucal (gerentes, coordenadores e diretores de saúde bucal), 13 eram secretários de saúde, uma era diretora de saúde, uma era diretora de vigilância e duas eram coordenadoras de Atenção Básica (AB) que respondiam também pela saúde bucal.

5.4.2 Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas a partir de roteiro semiestruturado que continha questões relacionadas à organização e à oferta de serviços de saúde bucal em seus municípios (apêndice A), ocorrendo de maneira presencial no período compreendido entre junho e outubro de 2021 e sendo audiogravadas. As gravações foram transcritas e a confidencialidade dos dados foi mantida atribuindo códigos alfanuméricos (G1, G2, G3...) aos entrevistados para impossibilitar sua identificação.

5.4.3 Análise dos Dados

A análise das entrevistas foi realizada conforme o método de análise de discurso preconizado por Martins e Bicudo, de 2005. Este método é realizado por meio de etapas. Na primeira, chamada de análise individual ou ideográfica, o discurso dos entrevistados é lido por meio de leitura flutuante, sem buscar ainda qualquer significado e com o intuito de permitir que o pesquisador se aproprie do conteúdo das entrevistas. Já na segunda etapa são elencadas as unidades de significado, as quais consistem em palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno que está sendo estudado. Elas não são pré-determinadas no texto, mas sim percebidas pela atitude, disposição e arguições do pesquisador (BUFFON; MARTINS; NEVES, 2017; MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A terceira etapa consiste em interpretar as unidades de significado definidas anteriormente, transformando expressões cotidianas em uma linguagem mais clara e de fácil compreensão, com o objetivo de evidenciar o sentido com a qual foram transmitidas, porém sem que haja substituição do sentido inserido no discurso. Além disso, são realizadas as convergências das unidades de significados dentro do discurso de cada entrevistado (GRAÇAS, 2015).

A análise geral ou nomotética, que consiste na quarta etapa desse processo, tem o intuito de articular os diversos casos individuais em algo mais geral. Para tanto, segundo Moreira, Simões e Porto (2005), as entrevistas devem ser relidas e, a partir das unidades de significados interpretadas em cada discurso individual, são feitas aproximações, verificando as convergências e as divergências presentes. Dessa forma, constroem-se categorias de análise que configuram a estrutura do fenômeno pesquisado.

5.4.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer nº 4.196.806 e CAAE 30675420.6.0000.5240 (anexo 1). Além disso, salienta-se que os entrevistados foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato em relação às informações prestadas, autorizando a realização da arguição por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 2).

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram sistematizados de modo a responderem aos objetivos específicos elencados nesta dissertação e serão apresentados sob a forma de um manuscrito escrito sob a forma de ensaio acadêmico e dois manuscritos cuja estrutura corresponde a artigos científicos.

- a) Manuscrito 1: (formato de ensaio): “Trajetória da atenção odontológica na saúde pública brasileira: do passado ao presente, um caminho de percalços”.
- b) Manuscrito 2 (formato de artigo original): “Política Nacional de Saúde Bucal ameaçada? O caso do Norte do Paraná”, em avaliação na Revista Sustinere e formatado conforme normas do periódico.
- c) Manuscrito 3 (formato de artigo original): “Teoria *versus* Prática: Desafios para a consolidação dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção odontológica”.

6.1 MANUSCRITO 1

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: DO PASSADO AO PRESENTE, UM CAMINHO DE PERCALÇOS

RESUMO

Diversos movimentos influenciaram a trajetória da saúde bucal na saúde pública ao longo da história e culminaram na situação atual da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004. Assim sendo, conhecer essa trajetória, buscando compreender a relação entre o financiamento federal e a oferta e organização dos serviços de saúde bucal, se torna imperativo neste momento em que reformas econômicas centradas na austeridade e incentivos à participação do mercado privado na saúde se tornam cada vez mais evidentes no Brasil. Este ensaio se propôs a revisitar o histórico da atenção odontológica no período anterior à PNSB, onde já se observava uma prática odontológica fragmentada, precariamente financiada e carente de diretrizes que a orientassem. Ademais, retratou os fatores implicados na construção e no fortalecimento da PNSB, bem como no seu posterior declínio, além de discutir mais profundamente as repercussões para a saúde bucal das recentes mudanças no financiamento federal do SUS. A partir dessa construção, fica claro que a PNSB possivelmente foi a estratégia que mais conseguiu avançar na superação do *status quo*. Contudo, com a ascensão de governos neoliberais e a conjuntura política e econômica estabelecida nos últimos anos, ameaças a continuidade dessa política causam preocupação.

Palavras-chave: Financiamento da assistência à saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde bucal. Política de saúde.

INTRODUÇÃO

Reformas econômicas centradas na austeridade e os incentivos à participação do mercado privado em diversos setores, incluindo a saúde, têm dificultado a ocorrência de mudanças no financiamento das políticas sociais. O SUS, já marcado pela instabilidade financeira frente ao subfinanciamento crônico desde a sua criação, recebe uma sobrecarga adicional (MELO et al., 2020). Assim, a opção por um modelo econômico voltado à austeridade afeta já a curto prazo o bem-estar da população ao produzir resultados negativos nas condições de saúde, sem apresentar resultados positivos quanto ao maior equilíbrio fiscal entre os países que a adotaram (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018).

Nesse sentido, conjunturas críticas, como a crise política e econômica experimentada pelo Brasil em 2014 que culminou no impeachment de Dilma Rousseff e na ascensão de governos neoliberais nos anos seguintes, possuem ampla capacidade de alterar a dinâmica institucional e, conseqüentemente, promoverem mudanças nos rumos das políticas públicas (MAHONEY; THELEN, 2010). Entende-se, portanto, que diversos movimentos influenciaram a trajetória da saúde bucal na saúde pública ao longo da história e culminaram na situação atual da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Além disso, as transformações no financiamento federal do sistema de saúde sucedidas há pouco tempo não preveem aporte adicional de recursos e colocam os municípios em uma situação ainda mais complicada. Sobretudo no que se refere ao Previn Brasil, esse novo modelo de financiamento federal da AB gera incertezas para a gestão municipal (MELO et al, 2020), não aumenta a autonomia destes e, pelo contrário, direciona as políticas públicas sem considerar as reais necessidades dos territórios (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Desse modo, é imperativo que seus efeitos sobre a sustentabilidade da PNSB sejam monitorados.

Sendo assim, esse ensaio teve como objetivo conhecer a trajetória da Odontologia na saúde pública brasileira, buscando compreender a relação entre o financiamento federal e a oferta e organização dos serviços de saúde bucal.

TRAJETÓRIA DA ODONTOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

As trajetórias das políticas públicas estão envoltas em disputas de ideias e ideais que ocorrem no cerne dos governos e que direcionam a adoção de certas práticas e condutas (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Desse modo, ao se

analisar por meio das políticas públicas como problemas considerados “de todos” são enfrentados, deve-se olhar para as relações estabelecidas entre agentes situados em diferentes espaços sociais, porém sem esquecer que é o Estado – na figura dos governos - o principal responsável pela tomada de decisões (BOURDIEU, 2014). O caminho percorrido pela saúde bucal na saúde pública brasileira foi permeado por essas decisões, que ora favoreceram a sua institucionalização, sobretudo com a implantação da PNSB, ora incorreram em percalços para as mudanças de paradigmas. Assim, este ensaio foi organizado em três seções.

Primeiramente, expõe-se o histórico da atenção odontológica no período anterior à PNSB, onde já se observava uma prática odontológica fragmentada, precariamente financiada e carente de diretrizes que a orientassem. Na segunda, retrata-se os fatores implicados na construção e no fortalecimento da PNSB, bem como no seu posterior declínio. Na terceira, discute-se mais profundamente as repercussões para a saúde bucal das recentes mudanças no financiamento federal do SUS.

Atenção odontológica no período anterior à PNSB: da Lei Eloy Chaves à Portaria 1.444/2000

É desejável, de acordo com Pierson (2003), que reconstruções históricas respeitem um intervalo de 50 anos para se estabelecer um referencial de busca de causas e efeitos. Permite-se, desse modo, que as principais linhas causais de uma política pública ou instituição sejam traçadas. No entanto, essa é apenas uma recomendação, cabendo a cada pesquisador estabelecer seu próprio intervalo de análise. A linha do tempo aqui constituída para uma compreensão mais pormenorizada da trajetória da atenção odontológica brasileira, por exemplo, é mais ampla, iniciando-se no início da década de 1920.

A criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os trabalhadores de empresas do setor ferroviário em 1923, a partir da Lei Eloy Chaves, não somente marcou a inauguração da Previdência Social brasileira, como também possibilitou, pela primeira vez, que segurados e beneficiários das CAP tivessem acesso à assistência odontológica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Apesar disso, foi apenas 10 anos depois, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que a prestação desses serviços se tornou mais evidente. Não havia, no

entanto, diretrizes que orientassem a prática odontológica vigente, a qual já se caracterizava por ser excludente e mutiladora (LANA, 1984).

No que se refere à saúde bucal na saúde pública, em 1951 foi instalada nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) uma Seção de Odontologia (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012). Nesse período, o modelo de atenção de assistência odontológica adotado foi denominado de Sistema Incremental (SI). Com origens nos Estados Unidos, o SI usava equipamentos de baixa densidade tecnológica e focava em populações-alvo programáticas. Em 1953 o SESP também foi responsável pela implantação do primeiro sistema de fluoretação das águas de abastecimento público na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012). Assim, a Odontologia Científica, de condutas biomédicas, deixou de ser o único modelo de atenção existente, embora permanecesse hegemônica (NARVAI, 2006).

Em março de 1964 um golpe de Estado instituiu um regime ditatorial no Brasil, altamente centralizador e autoritário. Nesse interim, a Odontologia seguia sem qualquer direcionamento quanto à realização das atividades em âmbito público. Em 1969 foi elaborado um documento que trazia críticas ao emprego incorreto de recursos financeiros no setor e a insuficiência de recursos humanos e materiais, bem como recomendações com vistas a superar essas problemáticas. Todavia, essa mobilização não foi suficiente para que mudanças em qualquer aspecto fossem observadas (BORGES FILHO et al., 1969).

De maneira contrária, também em 1969 o Ato Normativo nº 48 definiu que a atenção odontológica deveria priorizar as crianças, enquanto os adultos só deveriam ser atendidos se houvesse disponibilidade financeira para tanto (BRASIL, 1969). O foco no atendimento infantil foi mantido em modelos assistenciais posteriores que, mesmo criticados pela fragmentação do cuidado, ainda são adotados em muitos municípios brasileiros (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Mais tarde, o Decreto nº 79.056 propôs uma nova reorganização para o Ministério da Saúde (MS), determinando sua responsabilização pela execução das medidas de interesse coletivo relativas à saúde (BRASIL, 1976). No entanto, a ausência de qualquer menção à área odontológica perpetuou a descoordenação das atividades realizadas no território brasileiro. Não obstante, o subfinanciamento das ações odontológicas impunha severos desafios para qualquer alteração nesse paradigma (VIANNA, 1978).

Ao fim da década de 1970, enquanto o regime militar parecia estar em declínio, rascunhos de um sistema de saúde universal, à semelhança daqueles desempenhados pelas nações europeias que adotaram o Estado de Bem-Estar Social no pós-guerra, começaram a tomar forma. Para tanto, movimentos sociais e estudantis, partidos progressistas, universidades e tantos outros se empenhavam na luta para que o objetivo fosse alcançado. Muitos desses atores vieram a conformar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (CARVALHO, 2013). No mesmo período, inúmeras inquietações relacionadas ao modo de se fazer e pensar saúde bucal tomaram forma e foram fundamentais para que, em 1985, fosse fundado o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO).

Assumindo um papel de protagonista na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, o MBRO defendia uma Odontologia acessível a todos, pública, gratuita e de qualidade, opondo-se veementemente à mercantilização do cuidado odontológico. Muitos dos profissionais que participaram dessa Conferência integraram posteriormente entidades importantíssimas na história da Reforma Sanitária brasileira, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Contribuíram, ainda, na construção da Saúde Bucal Coletiva (SBC), cujo objetivo é ressignificar a saúde bucal na perspectiva dos determinantes sociais da saúde (NARVAI, 2020; SOARES et al., 2017).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) propiciou a discussão da necessidade de um sistema nacional de saúde novo, que abordasse um conceito ampliado de saúde, recebesse um financiamento condizente com suas necessidades e atuasse separadamente da Previdência (BRASIL, 1986). A Constituição Federal (CF) de 1988 se valeu dos relatórios produzidos na 8ª CNS para, com apoio de uma comissão advinda também desse evento, formalizar a criação do SUS (BRASIL, 1988). Os municípios, oficialmente dotados de autonomia política, administrativa e econômica a partir da CF, passaram a ser os principais responsáveis pela execução de políticas sociais, incluindo as de saúde (BRASIL, 1988; SOUZA; COSTA, 2010).

No ano de 1989 foi publicada a primeira Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a qual vislumbrava a ampliação do acesso aos serviços odontológicos e a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 1989). Todavia, embora citasse os princípios finalísticos do SUS e fosse influenciada pelo movimento sanitarista, direcionava a democratização do acesso a grupos prioritários

(SOARES et al., 2016). Ademais, os embates travados para que a saúde bucal fosse inserida no escopo desse sistema persistiram.

Na 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, discutiu-se as dificuldades enfrentadas por gestores municipais para que as ações na área não fossem preteridas (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Nesse sentido, embora o Programa Saúde da Família (PSF) buscasse romper com a lógica biomédica e hospitalocêntrica, alçando a AB à reorientadora do modelo assistencial (CASTRO; MACHADO, 2012), inicialmente a saúde bucal esteve alheia ao PSF. Assim, a integralização dos profissionais da Odontologia com as demais categorias foi retardada, (BALDANI et al., 2005) o que ainda hoje se mostra como um problema de difícil resolução.

Além disso, não havia financiamento federal específico para a implantação e o custeio de equipes de saúde bucal na saúde pública até fins da década de 1990 (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011). Essa realidade começou a mudar quando a Portaria nº 1.444 incluiu as eSB no PSF, estabelecendo incentivos anuais de custeio para essas equipes e definindo um valor em parcela única para a aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000). De maneira pioneira e inédita, recursos advindos do governo federal seriam destinados especificamente para a área, o que oportunizou aos gestores municipais a integração da saúde bucal na AB (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011; MATTOS, 2014).

Brasil Sorridente: de um início promissor a um declínio infausto

O incremento no número de eSB nos primeiros anos da década de 2000, mesmo que importante, ainda não demonstrava resultados consistentes. Um levantamento epidemiológico de caráter nacional realizado em 2003, denominado Projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil), demonstrou as limitações de acesso aos serviços e a consequente severidade das iniquidades em saúde bucal (BRASIL, 2004a). Nesse mesmo período, propostas formuladas com o objetivo de alterar os rumos da Odontologia no SUS foram agregadas e acolhidas pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, Presidente da República eleito em 2002 (NARVAI, 2011). Foi então que, em 2004, a PNSB – denominada Brasil Sorridente – foi publicada (BRASIL, 2004b).

A trajetória institucional dessa política retrata um processo complexo que se iniciou na luta pela reconquista de direitos sociais e políticos subtraídos durante a ditadura militar e se fortaleceu nos anos seguintes por meio das articulações

construídas no seio do MRSB e do MBRO (NARVAI, 2020). Assim, a PNSB se caracteriza como uma política de caráter democrático e participativo (LUCENA et al., 2011).

Um aspecto a ser salientado no que se refere à sua institucionalização é que políticas públicas relativas à saúde bucal anteriores a ela, como a PNSB de 1989, não conseguiram se consolidar no Brasil por falta de priorização política e financiamento inadequado. Foi somente a partir da PNSB de 2004 que houve uma definição do papel de cada nível de atenção e da interação necessária entre os diferentes setores (PUCCA JR et al., 2015). Esse fato explicita o quanto o poder político, sobretudo na figura do Executivo Federal, consegue direcionar e regular políticas conforme seus interesses, induzindo a adoção de seus programas e ações a partir mecanismos financeiros (CASTRO; MACHADO, 2010). A construção de um arcabouço legal mais consistente foi um dos importantes avanços conquistados a partir da PNSB, mas não foi o único.

O financiamento, o quantitativo de equipes, a cobertura da saúde bucal e a quantidade de serviços implantados aumentaram consideravelmente nos anos seguintes à sua publicação. Entre 2003 e 2010 foram criadas 16.163 novas eSB, atingindo, nesse último ano, um total de 20.424 equipes. Em 2014, esse valor subiu para 24.243. Em relação aos CEO, estima-se que 8,89 unidades eram implantadas mensalmente no período compreendido entre 2003 e 2010, sendo que em apenas dois anos após a publicação da PNSB houve um aumento de 398% no número de CEO em funcionamento. Ao final de 2014, havia no Brasil 1.030 CEO, 20,8% a mais em relação a 2006 (NARVAI, 2020; CHAVES et al., 2017). Os resultados do SB Brasil de 2010 também foram bastante animadores (BRASIL, 2012).

Entretanto, os retrocessos não tardaram a ocorrer. Há uma disputa histórica entre a Odontologia de mercado e a SBC, sendo que as pressões exercidas por aquela pelo domínio do modelo de atenção, que sempre existiram, têm encontrado espaço favorável à sua intensificação nos últimos anos (NARVAI, 2020). Isso reflete o quanto as escolhas políticas outrora realizadas resultaram na mobilização de recursos e na criação de regras e de estruturas que reduzem ainda hoje as possibilidades de mudanças de rumos (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015). Além disso, a PNSB publicada em 2004 ainda carece de institucionalização, o que impacta sobremaneira o seu aprofundamento e a sua continuidade (CHAVES et al., 2018).

Alterar instituições é tarefa complexa e envolve fatores exógenos, como

conjunturas críticas formadas a partir de guerras, pandemias e recessões (PIERSON, 2004; THELEN, 1999) e endógenos, causados pela ação dos atores (MAHONEY; THELEN, 2010; NORTH, 2005). Reforça-se, porém, que esses fatores não são excludentes, apenas possuem focos distintos. Com as fontes exógenas é possível entender como causas contextuais e ambientais promovem mudanças, enquanto com as endógenas as instituições são vistas como obras da ação humana e, portanto, alvos de conflitos de poder e de interesses (LIMA; MÖRSCHBÄCHER, 2017).

Nesse sentido, diante de crises políticas e econômicas como a que o Brasil tem enfrentado desde 2014, a saúde bucal não é priorizada enquanto centro nucleador de políticas. Essas crises, fatores exógenos que por si só suscitam danos às políticas sociais pela redução no seu financiamento (PROBST et al., 2019; ROSSI et al., 2019), ao se somarem a eleição de um governo de extrema direita, fonte endógena, aceleraram o processo de derrocada do Brasil Sorridente tal qual havia sido concebido.

Recentes mudanças nas regras de financiamento federal do SUS e suas repercussões para a atenção à saúde bucal

Desde o impeachment de 2016, quando Michel Temer passou a ocupar o cargo de Presidente da República, as ações de saúde bucal já vinham sendo criticadas por irem em direção oposta ao caráter universal e igualitário do SUS (CHAVES, 2018). Também naquele momento, a transferência de recursos para a PNSB foi recuando substancialmente, registrando-se um valor 58,3% menor do que a média do período 1995-2002, anterior à política (NARVAI, 2020). Além disso, medidas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional (EC) nº 95 que limita o repasse de recursos federais para as políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016), reduziram a dimensão pública do Estado e limitaram as políticas sociais.

As perspectivas, que já não eram favoráveis, se tornaram ainda piores com a promulgação da Portaria nº 2.436, em 2017, que aprovou a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apontada como promotora de retrocessos (NARVAI, 2020). De maneira enfática, Narvai (2017) reflete que, na prática, a PNAB de 2017, ao financiar outros modelos de equipe que não necessariamente as multiprofissionais, permitindo que municípios não incluam a saúde bucal em seus sistemas de saúde, acaba com o Brasil Sorridente tal qual foi pensado em sua gênese.

Dois anos depois, em 2019, a Portaria nº 2.979 alterou as regras de

transferências de recursos do governo federal para o SUS e instituiu o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b). Visando alterar a lógica indutiva e garantir mais autonomia aos gestores municipais na alocação de recursos, o que o Previne Brasil acaba por fazer na verdade é o redirecionamento do objeto de incentivo federal. Nesse cenário, o governo federal utiliza o financiamento como ferramenta para orientar a política de AB em âmbito local, baseando-se em seus próprios pressupostos e não necessariamente nas necessidades e demandas do território (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

No que se refere ao financiamento da saúde bucal, ao analisarem os repasses financeiros relativos à saúde bucal executado pela União para os municípios entre 2003 e 2018, Rossi et al. (2019) identificaram aumento progressivo nos valores até 2013, manutenção de 2013 a 2016 e queda a partir de 2017. Já em 2019 o governo Bolsonaro anunciou uma alocação de R\$ 1.094.451.230,00 para a saúde bucal, valor que corresponde ao volume transferido em 2004 e à média do período de 2003 a 2010. Desconsidera, portanto, os aumentos inflacionários, populacionais e na própria rede de serviços (BRASIL, 2019c; NARVAI, 2020). Ainda que ações atreladas ao setor, como as eSB e os CEO, estejam entre as estratégias incentivadas pelo Previne Brasil, os valores que se pretende investir entre 2019 e 2022 não são suficientes para custear a estrutura existente (BRASIL, 2019c; NARVAI, 2020).

Ainda no que se refere ao financiamento, a realização de reformas econômicas motivadas pela austeridade fiscal, juntamente aos incentivos que favorecem uma maior atuação do mercado privado em diferentes setores, fortaleceu os mecanismos de privatização da saúde (MELO et al., 2020). Nesse aspecto, fica claro que o modelo de ajuste econômico da saúde pública brasileira está permeado por interesses privatistas. Nesse cenário, enquanto nos últimos anos a crise financeira pública tem afetado a oferta de serviços de saúde bucal no SUS, os planos de saúde exclusivamente odontológicos demonstram lucros crescentes (ROSSI et al., 2019). Para Mendes e Carnut (2019), o Previne Brasil, ao limitar a AB a um caráter residual e assistencialista, agrava essa situação.

O governo federal assumiu um papel indutor de gastos locais ao condicionar os repasses à adoção de determinadas políticas e estratégias que, principalmente nos últimos anos, nem mesmo os mecanismos de participação popular conseguiram impedir que se direcionassem a um arranjo institucional privatista (COSTA; VAITSMAN, 2014). Além do mais, conjunturas econômicas desfavoráveis, como a

vivida atualmente, promovem instabilidade quanto a adoção e a manutenção de determinadas políticas. Diante disso, a disputa travada dentro do próprio sistema de saúde por recursos cada vez mais escassos é perversa à saúde bucal, considerada uma “parte fraca” (NARVAI,2020).

Romper com a lógica mercantil exige alterar instituições cujas práticas já estão consolidadas na sociedade e são balizadas pelos interesses daqueles que se beneficiam diretamente delas (LIMA; MÖRSCHBÄCHER, 2017). Nessa dinâmica, os papéis atribuídos aos diferentes atores dependem da posição ocupada na hierarquia institucional e do seu poder de veto (MAHONEY; THELEN, 2010), sendo a relação estabelecida entre os agentes que produzem e implementam regras e os que as obedecem, fator preponderante para possíveis reconfigurações.

A superação dessa problemática exige reformas institucionais amplas. No entanto há poucos momentos oportunos para que elas ocorram (PIERSON, 2004). No caso da Odontologia, um desses momentos em que os papéis pareceram se inverter esteve relacionado ao período de implantação da PNSB de 2004. Todavia, como visto a partir da análise de sua trajetória, essa política tem encontrado dificuldades para se firmar no sistema de saúde. Acredita-se que a reversão desse quadro seria possibilitada pela aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 8.131, que visa transformar a PNSB em uma política de Estado, assegurando a presença da saúde bucal nos planos de saúde dos três entes federados.

Contudo, Narvai (2020) ressalta que as condições políticas que possibilitaram a construção do Brasil Sorridente tal qual formulado já não existem mais. Há o receio de que mesmo que essa lei seja aprovada, os retrocessos que já vem sendo sentidos não possam ser contidos. Assim, assinala-se o fim do Brasil Sorridente não pelo vazio da política de saúde bucal em si, visto que mesmo em períodos anteriores a ele o Estado brasileiro se ocupava – ainda que minimamente - do setor. Os receios, nesse sentido, se voltam à sua redução a um mero programa de Odontologia, descaracterizado de seus objetivos iniciais (NARVAI, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se retomar o percurso da Odontologia na história da saúde pública brasileira fica clara a dificuldade desse setor em se consolidar entre as prioridades políticas desde períodos anteriores à concepção do SUS. Mais do que isso, o modelo de Odontologia de Mercado, individualista, biologicista e pouco resolutivo, desde o início

dessa trajetória se mostrou preponderante, assim como as medidas privatistas. No entanto, isso não ocorreu sem resistências. Ao longo do tempo houve momentos em que a SBC conseguiu, ainda que de maneira efêmera, se sobressair.

Para tanto, a iniciativa de movimentos sociais, como o MBRO e o MRSB foram essenciais. Por sua vez, A PNSB talvez tenha sido a estratégia que mais conseguiu avançar na superação do *status quo*. Contudo, com a ascensão de governos neoliberais e a conjuntura política e econômica estabelecida nos últimos anos, ameaças a continuidade da PNSB – ao menos como havia sido concebida – causam preocupação.

Nesse contexto, as novas regras de repasse de recursos federais do SUS suscitam preocupação quantos às suas possíveis repercussões. Faz-se um alerta de que caso a nova política de financiamento da AB imponha ainda mais restrições orçamentárias, a dificuldade preexistente de se manter os serviços de saúde bucal nos municípios com recursos próprios tendo em vista a redução nas transferências federais para o setor, poderá ser agravada e incorrerá na sua insustentabilidade.

REFERÊNCIAS

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. Agenda Política, v. 3, n. 2, p. 12–42, 9 dez. 2015.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1026–1035, ago. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988.

BRASIL. Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 1976.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v. 153, n. 240, p. 2, 16 dez. 2016. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único

de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação Geral de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Atenção Primária à Saúde: Novo Financiamento. 2019c. Disponível em: <https://www.cosemsce.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Atencao-Primaria-Saude-Novo-Financiamento.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

BORGES FILHO, O. et al. Atividades de odontologia. 1969. (Documento Técnico de trabalho elaborado por solicitação do Ministério da Saúde).

BOURDIEU, P. Sobre o estado. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, ed. 4, p. 693-705, 2010.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 477–506, jun. 2012.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. de L.; REIS, C. S. dos; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G. de. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. Saúde em Debate, v. 42, n. spe2, p. 76–91, out. 2018.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. de L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F. de; BARROS, S. G. de; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, jun. 2017.

COSTA, N. R.; VAITSMAN, J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 16, n. 5, p. 441–456, 20 out. 2014.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. Austeridade e Retrocesso: Impactos sociais da Política Fiscal no Brasil. 1. ed. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, 2018. v. 1. ISBN 879-85-9565-040-4.

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

LANA, F. A Odontologia na Previdência Social, história e evolução. *Boletim dos Centros de Estudos*, Belo Horizonte, v. 6, n. 18, jan./jun. 1984. p. 7-16.

LIMA, E.L.N.B.O; MÖRSCHBÄCHER, M. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais - BIB*, São Paulo, n. 81, p. 103-122, ago. 2017.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA de, Baptista TW de F. (orgs.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. 1º ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA; 2015. 181-219.

LUCENA, E. H. G. de; JÚNIOR, G. A. P.; SOUSA, M. F. de. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 53–63, 15 dez. 2011.

MAHONEY, J.; THELEN K. Explaining institutional change. Ambiguity, Agency and Power New York: Cambridge University Press, 2010. 236 p.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F. e; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, ed. 2, fevereiro 2014.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F. de; LIMA, L. D. de; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137–144, 19 jun. 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquillas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 21–34, 15 dez. 2011.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008 (Coleção temas em saúde).

NARVAI, P.C. O fim do Brasil Sorridente? Abrasco. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>>. Acesso em: 02 dez 2021.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 141–147, ago. 2006.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.2, pp.241-246.

NORTH, D. *Understanding the Process of Economic Change*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

PIERSON, P. Big, slow-moving and...invisible: macrosocial processes in the study of comparative politics. In: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Eds.). *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 177-207

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. 208 p.

PROBST, L. F. et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4437–4448, dez. 2019.

PUCCA, G. A.; GABRIEL, M.; DE ARAUJO, M. E.; DE ALMEIDA, F. C. S. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *Journal of Dental Research*, v. 94, n. 10, p. 1333–1337, out. 2015.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S.; CHAVES, S. C. de L.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1805–1816, jun. 2017.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 509–517, set. 2010.

ROSSI, T. R. A. et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, dez. 2019.

THELEN, K. Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, Palo Alto, v. 2, p. 369-404, 1999.

VIANNA, S. M. *Perspectivas da assistência odontológica no Brasil*. Campinas-SP, nov. 1978.

ZANETTI, C. H. G.; OLIVEIRA, J. A. A. de; MENDONÇA, M. H. M. de. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 10, n. 2, p. 195–222, out. 2012.

6.2 MANUSCRITO 2

Política Nacional de Saúde Bucal ameaçada? O caso do Norte do Paraná

Resumo: Implementada em 2003, atualmente a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) se defronta com um cenário de desfinanciamento e falta de priorização política. Nesse contexto, é importante a identificação de possíveis retrocessos nos níveis local e regional. Sendo assim, avaliou-se a atenção odontológica na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019 por meio de um estudo exploratório executado a partir de dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde e dos relatórios públicos da plataforma e-Gestor. Ao analisar as médias de procedimentos odontológicos básicos individuais e de ações coletivas de saúde bucal, a cobertura de primeira consulta odontológica programática, o total de equipes de saúde bucal por modalidade, as coberturas de equipes de saúde bucal e do modelo tradicional e a razão entre a população e o total de equipes de saúde bucal, observou-se quedas, especialmente a partir de 2017, em todos esses indicadores. Os resultados colocam a macrorregião analisada em um contexto preocupante e põe em alerta também outras localidades, ao evidenciarem desmontes que infligem risco às conquistas históricas de enfrentamento às iniquidades em saúde bucal e de superação de um modelo de atenção odontológica altamente curativista e mutilador.

Palavras-chave: Saúde bucal, indicadores de saúde, sistemas de informação em saúde, políticas de saúde.

National Oral Health Policy under threat? The case of Northern Paraná

Abstract: Implemented in 2003, the National Oral Health Policy currently faces a scenario of lack of funding and political prioritization. In this context, the identification of possible local and regional setbacks is fundamental. Thus, the dental care in the Northern macro-region of Paraná between 2013 and 2019 was evaluated through an exploratory study performed based on secondary data from the Unified Health System Outpatient Information System and the public reports of the e-Gestor platform. When analyzing the averages of basic individual dental procedures and collective oral health actions, the coverage of the first programmatic dental consultation, the total number of oral health teams by modality, the coverage of oral health teams and the traditional model, and the ratio between the population and the total number of oral health teams, we observed falls, especially from 2017, in all of these indicators. The results place the macro-region analyzed in a worrisome context and puts other localities on alert, as they show dismantling that inflicts risk to the historical achievements of confronting oral health inequities and overcoming a curative and mutilating dental care model.

Keywords: Oral health, health indicators, health information systems, health policies.

¿Política nacional de salud bucodental amenazada? El caso del norte de Paraná

Resumen:

Implementada en 2003, la Política Nacional de Salud Bucal se enfrenta actualmente a un escenario de infrafinanciación y falta de priorización política. En este contexto, la identificación de posibles retrocesos locales y regionales es esencial. Así, se evaluó la atención odontológica en la macrorregión Norte de Paraná entre 2013 y 2019 a través de un estudio exploratorio realizado a partir de datos secundarios del Sistema Único de Salud y de los informes públicos de la plataforma e-Gestor. Al analizar los promedios de los procedimientos odontológicos básicos individuales y de las acciones colectivas de salud bucal, la cobertura de la primera

consulta odontológica programada, el número total de equipos de salud bucal por modalidad, la cobertura de los equipos de salud bucal y el modelo tradicional, y la relación entre la población y el número total de equipos de salud bucal, observamos caídas, especialmente a partir de 2017, en todos estos indicadores. Los resultados sitúan a la macrorregión analizada en un contexto preocupante y también ponen en alerta a otras localidades, ya que muestran un desmantelamiento que pone en riesgo los logros históricos de enfrentar las inequidades en salud bucal y superar un modelo de atención odontológica altamente curativa y mutilante.

Palabras clave: Salud bucal, indicadores de salud, sistemas de información en salud, política de salud.

INTRODUÇÃO

Até o final dos anos 1990, não existiam recursos federais específicos para a saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). No ano 2000, entretanto, foi promulgada a portaria nº 1.444 que incluiu as equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) nas modalidades I e II, estabelecendo ainda um incentivo anual de custeio para cada uma dessas equipes (BRASIL, 2000). Essa iniciativa ofertava de maneira inédita recursos advindos da União especificamente para a Odontologia e foi essencial para a superação de um modelo de atenção à saúde bucal baseado em práticas excludentes, tecnicistas e biologicistas que favoreciam condutas mutiladoras (LUCENA, PUCCA E SOUSA, 2011).

As conquistas e avanços da Odontologia foram ainda mais evidentes após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004. Visando reorientar a prática odontológica a partir dos princípios da equidade e da integralidade, qualificar as ações e os serviços de saúde bucal e ampliar o acesso ao tratamento odontológico de maneira gratuita e universal (BRASIL, 2004), a PNSB foi responsável pelo aumento progressivo do número de eSB, da oferta e da cobertura de saúde bucal entre 2003 e 2006, números que mantiveram bons patamares até 2014 (PINTO et al., 2020). As transferências federais, fundamentais para que as ações e serviços sejam organizados de maneira equânime, principalmente em municípios que possuem dificuldades de geração e arrecadação de receitas (PIERANTONI, 2001; KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011) também apresentaram aumento entre 2003 e 2014, contribuindo diretamente para a manutenção das estratégias da PNSB (CHAVES *et al.*, 2017).

Contudo, a partir do segundo trimestre de 2014 o Brasil passou a enfrentar uma grave crise econômica, reduzindo-se a arrecadação fiscal em todas as esferas de governo (ROSSI *et al.*, 2019). Associado a isso, foram implementadas reformas econômicas centradas na austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, denominada “Teto dos Gastos”, que visa limitar o repasse de recursos federais para as políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016). Ao reduzir os aportes financeiros para as políticas de proteção social, tal EC contribui para o adoecimento das populações pelo aumento dos níveis de pobreza e da desigualdade social (DWECK, OLIVEIRA e ROSSI, 2018).

As disputas por recursos do SUS foram ampliadas a partir da promulgação da Portaria nº 2.436, em 2017, que aprovou a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apontada como promotora de retrocessos por relativizar a universalidade e remover a ESF do seu papel central de orientadora da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2017a; MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018). Esse processo de profundas mudanças na AB foi intensificado após a promulgação da Portaria nº 2.979 no final de 2019. Essa nova política de financiamento, denominada Previne Brasil, extinguiu os PAB fixo e variável e adotou como critérios de repasse de recursos federais para os municípios o quantitativo populacional cadastrado, o pagamento por desempenho e a adesão a ações estratégicas específicas (BRASIL, 2019a; MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA 2020).

No que tange a saúde bucal, as ações propostas pela PNSB têm sido descontinuadas pela redução, ainda mais evidente a partir de 2017, nos investimentos, fato possivelmente

associado às medidas de austeridade fiscal e alterações nas políticas referentes à AB realizadas nos últimos anos (ROSSI *et al.*, 2019; ROSSI *et al.*, 2018). Desse modo, a presença da saúde bucal no setor público, por ser um processo recente, pode estar ameaçada (CHAVES *et al.*, 2018) enquanto o paradigma cirúrgico-restaurador que se tentou superar com a implantação da PNSB, característico do mercado privado, é fortalecido (NASCIMENTO *et al.*, 2013; PROBST *et al.*, 2019).

O Brasil é o único país do mundo com mais de 200 milhões de habitantes que oferta serviços de acesso universal para assistência odontológica em diferentes níveis de atenção (CAYETANO *et al.*, 2019). Nesse sentido, o fortalecimento da PNSB é um aspecto imprescindível no combate dos fatores de exposição que influenciam na manutenção das iniquidades em saúde (PROBST *et al.*, 2019). Desse modo, entendendo que restrições orçamentárias implicam na piora dos indicadores de saúde por promoverem a desassistência, os resultados dessa política devem ser constantemente monitorados em âmbito regional e municipal a partir da avaliação dos indicadores de saúde bucal (ROSSI *et al.*, 2018).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar indicadores de saúde bucal da macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019, identificando possíveis retrocessos às conquistas da PNSB.

METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa, descritiva e exploratória realizado a partir da coleta de dados secundários referentes ao período compreendido entre 2013 e 2019. O cenário delimitado para a pesquisa foi a macrorregião Norte do Paraná, composta por cinco Regiões de Saúde (RS): 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a. A macrorregião analisada possui atualmente uma população total estimada em 1.819.461 habitantes distribuídos em 97 municípios, sendo 84 de pequeno, nove de médio e quatro de grande porte (menos que 25.000, entre 25.000 e 100.000 e mais de 100.000 habitantes, respectivamente) (WILLEMANN *et al.*, 2019). Quanto à classificação geográfica, 58 municípios são considerados rurais adjacentes, 25 urbanos e 18 intermediários adjacentes (BRASIL, 2017b).

Os indicadores de saúde bucal utilizados nesse estudo foram obtidos a partir dos dados consolidados de cada ano do período analisado, disponibilizados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) (BRASIL, 2021a) e nos relatórios públicos da plataforma e-Gestor (BRASIL, 2021b), do Ministério da Saúde. No SIA/SUS foram coletados por um pesquisador previamente treinado os elementos necessários para se calcular as médias de procedimentos odontológicos básicos individuais e de ações coletivas de saúde bucal e a cobertura de primeira consulta odontológica programática (PCOP). A partir do e-Gestor foi possível identificar o total de eSB por modalidade (I e II) e comparar as coberturas de eSB e de equipes de modelo tradicional, assim como calcular a razão entre a população da macrorregião Norte do Paraná e o total de eSB.

Os dados foram transferidos para o Microsoft Excel[®], onde se procedeu com as operações para se obter as médias por mil habitantes de procedimentos odontológicos básicos individuais e de ações coletivas de saúde bucal, que foram calculadas por meio de divisões nas quais o numerador foi o número de procedimentos/ações realizados e o denominador consistiu na população residente no mesmo local e período, multiplicando-se o resultado por 1000. O mesmo denominador foi utilizado no cálculo da cobertura de PCOP, inserindo no numerador as PCOP realizadas e multiplicando o resultado por 100. Por fim, para compreender por quantas pessoas as eSB foram responsáveis em cada ano, dividiu-se o valor total de população residente na macrorregião estudada no período pela soma das eSB de tipo I e II. Foi também no Microsoft Excel[®] que se sucederam as demais tabulações e posteriores análises, com obtenção das frequências absolutas e relativas.

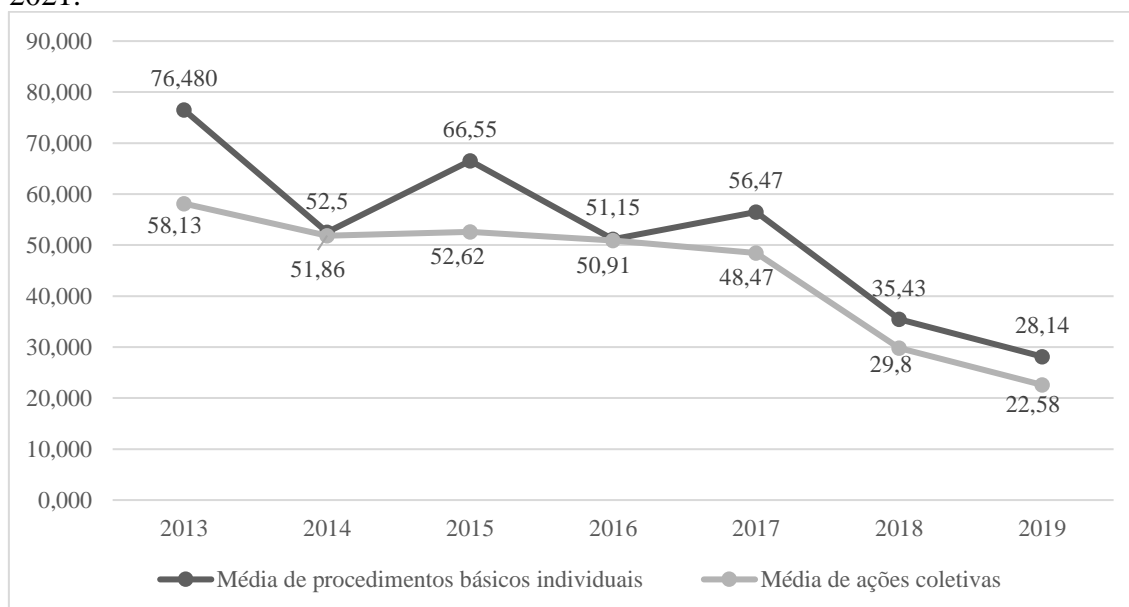
Tendo em vista que os dados coletados estavam disponíveis em relatórios públicos

de sistemas de informação em saúde, a aprovação prévia desse estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada.

RESULTADOS

Os resultados relativos à variável média de procedimentos odontológicos básicos individuais, que traduz a realização de tratamentos preventivos e curativos em cada paciente, são apresentados na Figura 1, assim como os achados da variável média de ações coletivas de saúde bucal, que se configuram como aquelas realizadas em grupos, como as escovações dentais supervisionadas. Observa-se que nos anos de 2014 e 2016 houve quedas em ambos os indicadores, com posterior aumento na produção. Contudo, a partir da transição de 2017 para 2018 foi iniciada nova redução, panorama que se manteve constante até 2019. Entre 2013 e 2019, essas diminuições foram de 63,1% e 61,1% para as médias de procedimentos individuais e ações coletivas, respectivamente.

Figura 1- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e ações coletivas de saúde bucal por mil habitantes na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019. Paraná, 2021.



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SIA/SUS

Na tabela 1 estão dispostos o total de eSB por modalidade, sendo a I composta por cirurgião dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB) e a II formada por CD, ASB e técnico em saúde bucal (TSB), bem como a razão entre a população da macrorregião Norte do Paraná nos anos compreendidos entre 2013 e 2019 e o total de eSB no mesmo local e período.

O número de habitantes pelos quais as eSB são responsabilizadas esteve muito acima do preconizado (2.000 a 3.500 pessoas por equipe) (BRASIL, 2019b). Destaca-se principalmente o ano de 2015 e o período de 2017 a 2019, em que a proporção passou a ser maior que o dobro do máximo previsto. É visível, ainda, uma supressão na contratualização de eSB de modalidade II ao longo de todo o ciclo avaliado, sendo que entre 2013 e 2019 onde se obteve, respectivamente, o maior e o menor número de eSB II, a redução foi de 27%.

Tabela 1- Total de eSB por modalidade (I e II) e proporção de população adscrita por eSB na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019. Paraná, 2021.

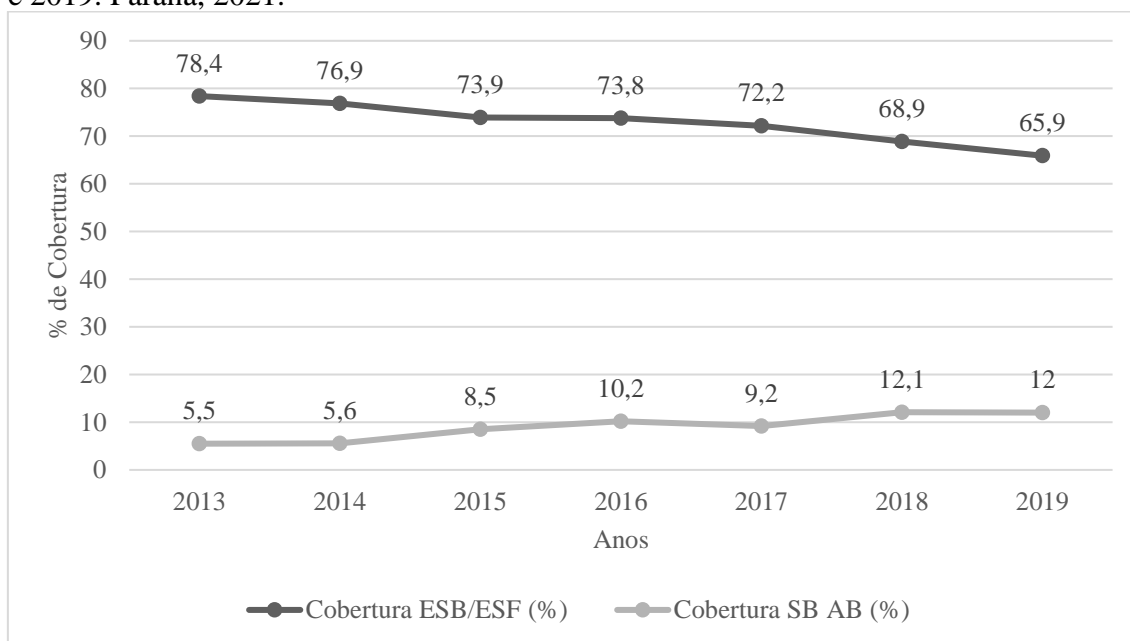
Ano	População total	eSB tipo I	eSB tipo II	Pop. Adscrita por Esb
-----	-----------------	------------	-------------	-----------------------

2013	1.877.148	234	59	6406,6
2014	1.872.556	228	55	6616,8
2015	1.956.986	224	52	7090,5
2016	1.967.304	234	53	6854,7
2017	1.977.411	231	49	7062,2
2018	1.987.330	221	43	7527,8
2019	1.978.882	213	43	7730,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor AB

O indicador cobertura de eSB é apresentado na Figura 2, representando o percentual da população estimada residente no local de estudo que é coberta pelas ações dessa modalidade de equipe. Na mesma figura também estão representadas as coberturas anuais, entre 2013 e 2019, das equipes que atuam de acordo com o modelo tradicional, isto é, não vinculadas à ESF. Os resultados apontam que a cobertura de eSB vem caindo desde o primeiro ano avaliado, exacerbando-se a partir de 2018. Entre os anos de 2013 e 2019, a redução da variável foi de 15,9%. O modelo tradicional, ainda que apresente uma cobertura bastante aquém das eSB, tem ganhado cada vez mais espaço, havendo aumento de 118,1% no mesmo período.

Figura 2- Cobertura de eSB/ESF e SB Tradicional na macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019. Paraná, 2021.



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor AB

A PCOP é aquela na qual o exame clínico odontológico do usuário é executado a fim de se realizar o diagnóstico das suas necessidades e elaborar um plano preventivo-terapêutico. A cobertura de PCOP, portanto, se refere ao percentual da população que acessou o serviço e recebeu essa consulta no âmbito do SUS no local e no ciclo estudado. Para o ano de 2013 se obteve o maior percentual de cobertura (1,1%), havendo um decréscimo em 2014 (0,78%) com posterior recuperação em 2015 (0,93%). No entanto, a partir de 2016 as quedas foram contínuas, sendo de 65,4% entre 2013 e 2019. Observa-se ainda que a principal redução, de 38,9%, ocorreu entre 2017 e 2018 (Tabela 2).

Tabela 2- Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP) e Cobertura de PCOP nas Regionais de Saúde da macrorregião Norte do Paraná entre 2013 e 2019. Paraná, 2021.

Ano	População total	PCOP (n)	Cobertura de PCOP (%)
2013	1.877.148	20.569	1,10
2014	1.872.556	14.586	0,78
2015	1.956.986	18.141	0,93
2016	1.967.304	15.526	0,79
2017	1.977.411	15.194	0,77
2018	1.987.330	9.257	0,47
2019	1.978.882	7.462	0,38

Fonte: Elaboração própria, com dados do SIA/SUS

DISCUSSÃO

Os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil, como a Odontologia Científica e o Sistema Incremental, eram ineficazes e ineficientes, pois não respondiam as necessidades da população e possuíam alto custo, apesar do baixo rendimento (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008; MATTOS *et al.*, 2014)). Em 1988, porém, o SUS foi concebido pautando-se em princípios doutrinários como a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde, evidenciando assim a necessidade de se superar o foco em populações-alvo programáticas tão presentes na Odontologia da saúde pública até então (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

A despeito dos importantes avanços conquistados a partir do advento do SUS, não havia financiamento federal específico para a saúde bucal na saúde pública até fins da década de 1990. Mesmo com a edição da Norma Operacional Básica (NOB), em 1996, instituindo o piso da atenção básica (PAB), cabia aos gestores locais gerir o montante recebido segundo os critérios e prioridades estabelecidos por eles, tornando este um espaço de disputa no qual a Odontologia não era tida como prioridade (KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011; BRASIL, 1996). Foi apenas no ano 2000, por meio da Portaria nº 1.444, regulamentada pela Portaria nº 267 de 2001, que as eSB foram incluídas na ESF (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001).

Nesse período também foram estabelecidos incentivos financeiros para o custeio das equipes e para a aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001). Essa iniciativa foi pioneira no que se refere ao financiamento da Odontologia no SUS pela ocorrência de uma oferta inédita de recursos advindos do governo federal especificamente para a saúde bucal, oportunizando aos gestores municipais a integração da saúde bucal na AB, a qual até então inexistia ou ocorria de maneira incipiente devido aos altos custos dos equipamentos e materiais odontológicos (KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011; MATTOS *et al.*, 2014).

A PNSB, por sua vez, foi implantada em março de 2004 e abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2004). Com um caráter democrático, as diretrizes que norteiam a PNSB pautam a reorganização da AB em saúde bucal, a ampliação e a qualificação da média complexidade, a assistência na atenção de alta complexidade e a promoção e prevenção da saúde bucal (LUCENA, PUCCA e SOUSA, 2011; BRASIL, 2004).

Para Probst *et al.* (2019), as políticas públicas devem atuar sobre as desigualdades sociais e econômicas que promovem as iniquidades em saúde. No tocante à saúde bucal, os autores refletem que as populações mais desfavorecidas socioeconomicamente são as mais vulneráveis às doenças bucais, cabendo à PNSB, nesse contexto, combater os fatores de exposição que influenciam na manutenção dessas iniquidades (PROBST *et al.*, 2019). O fato de o Brasil ofertar, de maneira única no mundo, serviços de acesso universal para assistência odontológica em diferentes níveis de atenção (CAYETANO *et al.*, 2019) é indubitavelmente um grande avanço nesse sentido, havendo a necessidade de constante monitoramento para

evitar possíveis retrocessos.

Para organizar a discussão dos resultados obtidos neste estudo foram elencados três tópicos, sendo eles: a) crise econômica e reformas neoliberais na saúde pública: repercussões para a saúde bucal no SUS; b) dificuldades enfrentadas pelos municípios para a manutenção da saúde bucal no SUS em um contexto de desfinanciamento federal da PNSB e c) desafios para a superação do modelo de atenção à saúde bucal com foco curativista.

Crise econômica e reformas neoliberais na saúde pública: repercussões para a saúde bucal no SUS

Há uma relação direta entre crises econômicas e piores condições de saúde tendo em vista a exacerbação da pobreza e das desigualdades sociais nesses períodos. Nesse cenário, as medidas de austeridade fiscal reforçam o adoecimento das populações ao reduzirem os aportes financeiros para as políticas de proteção social (DWECK, OLIVEIRA e ROSSI, 2018). A partir do segundo trimestre de 2014, o Brasil passou a enfrentar uma crise econômica, com redução na arrecadação fiscal em todas as esferas de governo e ampliação das taxas de desemprego (ROSSI *et al.*, 2019), o que pode estar atrelado às quedas nos indicadores de acesso e cobertura avaliados no presente estudo para o ano supracitado. Nesse aspecto, Melo *et al.* (2020) discutem que as reformas econômicas centradas na austeridade fiscal, juntamente aos incentivos para a participação do mercado privado em diferentes setores, geraram ainda mais sobrecarga ao SUS e fortaleceram os mecanismos de privatização da saúde.

A Emenda Constitucional nº 95/2016, denominada “Teto dos Gastos” é uma das medidas que tem repercutido negativamente sobre a saúde pública brasileira. Ao limitar a destinação de recursos federais para as políticas sociais por 20 anos, diminui-se o papel da União e se transfere a responsabilidade sobre a garantia dos direitos sociais aos entes subnacionais, cujas dificuldades financeiras são latentes (BRASIL, 2016; MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018). Para Mendes (2016), a contínua desestruturação do sistema público e a privatização crescente da atenção à saúde são algumas das repercussões plausíveis dessa EC. Castro, Machado e Lima (2018) concordam e afirmam que, se mantido, o teto de gastos pode representar uma grave ameaça ao SUS e à AB, prejudicando principalmente os entes mais vulneráveis economicamente ao dificultar a redistribuição equânime de recursos financeiros.

As disputas por recursos do SUS foram ampliadas a partir da promulgação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprovou a atualização da PNAB do país (BRASIL, 2017a; NARVAI, 2017). Com a suposta pretensão de ampliar a liberdade dos gestores locais para implementarem equipes de AB sob novas configurações, coadunando com as características e necessidades locais, o objetivo não tem se concretizado pela falta de incentivos financeiros que deem suporte a descentralização. Além disso, a PNAB é apontada como promotora de retrocessos por relativizar a universalidade, fragmentando e dificultando o acesso ao cuidado integral ao recomendar que a cobertura de 100% da população seja destinada somente as áreas de grande dispersão territorial e risco social, propor padrões diferenciados de serviços (básicos e ampliados) e ainda por remover a ESF do seu papel central de orientadora e organizadora da AB (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

No que tange a saúde bucal, Chaves *et al.* (2018) entendem que os avanços conquistados a partir da PNSB não se sustentaram, o que em partes pode ser explicado pelas dificuldades enfrentadas pelos municípios para a manutenção dessa política. Para Probst *et al.* (2019) as ações propostas pela PNSB para inversão do modelo de atenção à saúde bucal têm sido descontinuadas pela precarização do serviço e pela falta de investimentos, ocorrendo nesse contexto o descredenciamento de eSB em todo o território nacional. Esse descredenciamento também foi observado na macrorregião Norte do Paraná, tendo em vista a redução no quantitativo (Tabela 1) e na cobertura (Figura 2) das eSB entre 2013 e 2019 e, de maneira mais significativa, a partir de 2017. Percebe-se assim que ao se diminuir os gastos com a saúde bucal

no sistema público, a superação das desigualdades nesse campo se torna um desafio árduo (PINTO *et al.*, 2020).

A partir de 2019, o processo de profundas mudanças na AB foi intensificado por meio de uma nova política de financiamento, denominada Previne Brasil. Instituído a partir da Portaria nº 2.979, o Previne Brasil apoiou-se na justificativa da ineficiência dos gastos em AB para extinguir os PAB fixo e variável e basear o repasse dos recursos federais no quantitativo populacional cadastrado, estabelecer uma nova forma de pagamento por desempenho e incentivar ações estratégicas específicas (Brasil, 2019a; MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020). Nesse sentido, ainda que as eSB, os CEO, os LRPD e as unidades odontológicas móveis configurem entre as estratégias incentivadas (BRASIL 2019a), o monitoramento do montante de recursos transferidos para a saúde bucal é imprescindível, tendo em vista que uma queda significativa nesses valores tem sido apontada em alguns estudos (ROSSI *et al.*, 2019; ROSSI *et al.*, 2018).

A Portaria nº 673/GM definia que a proporção de implantação de eSB em relação as ESF, que até então era 2:1, sendo duas eSB para cada ESF, passasse a ser 1:1 (BRASIL, 2003). Nesse cenário, a população adscrita sob responsabilidade de cada eSB, cuja carga horária por profissional (CD, TSB e ASB) é de 40 horas semanais, poderia ser de até 3.450 habitantes. Posteriormente, a Portaria nº 2.539, de 2019, definiu que esse número passaria a ser de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe. Ademais, possibilitou o cadastramento de eSB com carga horária diferenciada, que devem cumprir 20 ou 30 horas semanais e recebem repasses mensais estabelecidos pela Portaria nº 2.305 de agosto de 2020 (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020). Uma das problemáticas relativa à essas novas equipes é que elas são apenas de modalidade I, agravando a exclusão dos TSB que já vem ocorrendo ao longo dos anos (Tabela 1). Reis *et al.* (2017) também identificaram uma presença cinco vezes maior de eSB I em relação as eSB II no Sul e no Sudeste do Brasil, fato que pode aumentar a sobrecarga de trabalho dos CD e ASB (REIS *et al.*, 2017).

Dificuldades enfrentadas pelos municípios para a manutenção da saúde bucal no SUS em um contexto de desfinanciamento federal da PNSB

A recessão da economia brasileira iniciada em 2014, as medidas de austeridade fiscal, o aumento de 20% para 30% na desvinculação das receitas da União (DRU) e as desonerações fiscais afetaram negativamente os indicadores de saúde brasileiros. Nesse sentido, destaca-se que as limitações orçamentárias são empecilhos para a contratação e o custeio de recursos humanos, implicando em desassistência (PROBST *et al.*, 2019). Ao analisar os repasses financeiros relativos à saúde bucal executados pela União para os municípios entre 2003 e 2018, ROSSI *et al.* (2019) identificaram aumento progressivo nos valores até 2013, manutenção de 2013 a 2016 e queda a partir de 2017. Além disso, os autores observaram que o total repassado em 2017, ao ser ajustado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), foi menor do que o de 2009 (ROSSI *et al.*, 2019), evidenciando a falta de priorização da saúde bucal pelo governo federal.

Essa insuficiência financeira dificulta que as demandas por atendimento odontológico no SUS, marcadas por necessidades acumuladas ao longo dos anos, sejam atendidas (NASCIMENTO *et al.*, 2013). A problemática do acesso a atenção à saúde bucal não é recente e nem circunscrita a poucas localidades. Lima, Santos e Ditterich (2021) identificaram quedas acentuadas na cobertura de PCOP a partir do ano de 2015 em todas as macrorregiões brasileiras. Na macrorregião Norte do Paraná essa cobertura já era ínfima mesmo no ano em que apresentou seu melhor resultado (1,1% em 2013), sofrendo ainda uma redução de 65,4% no período de análise (Tabela 2). Desse modo, estabelece-se uma clara e desigual distinção entre os indivíduos cujo pagamento pelos serviços odontológicos privados é uma possibilidade, mesmo que em clínicas “populares”, e aqueles que, socioeconomicamente menos favorecidos,

eventualmente sofrerão com a desassistência frente às suas necessidades odontológicas (PORTO, SANTOS e UGÁ, 2006). Sendo assim, as limitações da oferta e do acesso aos serviços de saúde bucal podem aumentar ainda mais a prevalência de cárie não tratada, um problema de saúde pública mundial (KASSEBAUM *et al.*, 2017).

O enfrentamento dessa situação pode ser ainda mais dificultoso para os municípios de pequeno porte e aqueles localizados em áreas de difícil acesso, por possuírem menor capacidade de geração de receitas próprias e conseqüentemente de custeio dos serviços, ainda mais no que tange os materiais, instrumentais, insumos e equipamentos odontológicos, sabidamente onerosos (PIERANTONI, 2001; KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011). O porte populacional do município e a sua classificação geográfica influenciam no desempenho alcançado na AB, pois para além da arrecadação tributária reduzida, os municípios de pequeno porte e os localizados em áreas mais interioranas e de acesso dificultado também apresentam elevada rotatividade de profissionais, especialmente os de nível superior, e menor capacidade instalada, havendo restrições de recursos físicos e humanos para a consolidação das ações em saúde (MATTOS *et al.*, 2014).

Nesse ponto, reflete-se a importância das transferências de recursos federais na busca de equidade no âmbito do SUS (PIERANTONI, 2011). Desse modo, ao se identificar que entre os 97 municípios que compõem a amostra desse estudo 84 (86,5%) são de pequeno porte e 56 (58%) são rurais adjacentes, infere-se sobre a possibilidade de haver uma forte associação entre a queda nos últimos anos de todos os indicadores avaliados e a redução nos aportes financeiros federais no mesmo período.

Desafios para a superação do modelo de atenção à saúde bucal com foco curativista e concretização dos pressupostos da PNSB

Após um ano e nove meses da aprovação da PNAB de 2017 triplicou o quantitativo de municípios que reduziram a implantação de eSB no Brasil, sendo que o impacto mais significativo foi sentido na região Sul, onde historicamente a cobertura de saúde bucal é baixa (LUCENA *et al.*, 2020). Nesse cenário, é esperado que ocorra um decréscimo nas coberturas de saúde bucal, como foi identificado por Pinto *et al.* (2020) na 2ª RS do Paraná entre 2015 e 2017 e que, segundo os autores, direcionou o foco das equipes para os procedimentos curativos. Como demonstrado na Figura 1, nas RS que compõe a macrorregião Norte do estado a média de ações coletivas também esteve aquém dos procedimentos individuais, especialmente a partir de 2017. As quedas no desempenho do indicador de PCOP evidenciadas na Tabela 2 também são congruentes com os resultados encontrados por Pinto *et al.* (2020).

Outros dois fatores podem ser apontados como dificultadores do processo de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal. O primeiro é a ausência da proporção ideal (1:1) entre eSB e ESF, refletindo em piores desempenhos nos indicadores de saúde bucal pela alta demanda de atendimento odontológico associada a inviabilidade do desenvolvimento de vínculo com a comunidade (PIMENTEL *et al.*, 2014). Tendo em vista a recomendação de que cada ESF tenha uma população adscrita composta por 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017a), ao analisar a Tabela 1 é perceptível que essa proporção esteve distante de ser alcançada em todo o período estudado, fato agravado a partir de 2017. Resultado semelhante foi encontrado por Pimentel *et al.* (2014) no estado de Pernambuco, onde havia em média duas ou três eSB por ESF, incorrendo em um risco de que a demanda reprimida seja maior do que a capacidade dos serviços em absorvê-la.

O segundo fator é a redução na quantidade de indicadores de saúde bucal utilizados no Brasil para avaliar a diligência dos municípios na prestação de serviços e execução de ações nessa área. Se por um lado o MS reconhece que utilizar apenas um indicador é menos efetivo que o uso de um conjunto deles (CORRÊA e CELESTE, 2015), para a Odontologia parece

seguir o caminho oposto. Enquanto nos dois primeiros ciclos do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) havia sete indicadores de saúde bucal, no terceiro esse número foi reduzido para três. Já o contrato organizativo da ação pública (COAP), propunha para 2017 a 2021 a supressão de dois dos três indicadores empregados entre 2013 e 2015 (SILVA, GRAZIANI e DITTERICH, 2020). O Previne Brasil também prevê apenas uma variável para monitorar o desempenho em saúde bucal dos municípios, o que pode comprometer significativamente esse processo avaliativo (BRASIL, 2019a).

Sendo assim, ao não priorizar a saúde bucal no sistema de saúde, as ações relativas à Odontologia tendem a se restringir à limitação de danos, suscitando o paradigma cirúrgico-restaurador hegemônico por décadas e característico do mercado privado (NASCIMENTO et al., 2013; PROBST et al., 2019). Nesse sentido, ao estimar a oferta de serviços de saúde bucal e os repasses para a AB nos próximos 30 anos, Sobrinho et al. (2020) classificam como “pessimista plausível” o pior cenário, para o qual se identifica queda na cobertura das eSB e ausência de atualização dos valores repassados pelo governo federal apesar dos aumentos demográficos e inflacionários. Desse modo, os achados no presente estudo colocam a macrorregião analisada em um contexto preocupante, em que as conquistas históricas de enfrentamento às iniquidades em saúde bucal podem estar ameaçadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de serem indubitáveis os avanços em termos de enfrentamento das iniquidades em saúde bucal obtidos nos anos que seguiram a implantação da PNSB em todo o país, os resultados desse estudo apontam um cenário atual preocupante para a macrorregião Norte do Paraná. As quedas na produção de procedimentos individuais e ações coletivas, a supressão na contratualização de eSB, especialmente as de modalidade II, a redução na cobertura das eSB enquanto as equipes de modelo tradicional ganham cada vez mais espaço e a diminuição na cobertura de PCOP denotam as dificuldades de superação do modelo de atenção à saúde bucal pautado pelo paradigma cirúrgico-restaurador.

A postura neoliberal adotada pelo governo federal nos últimos anos, observada, no que se refere à saúde, pelas medidas de austeridade e pelas mudanças nas políticas relativas à AB, incluindo no seu financiamento, pode estar impactando negativamente na consolidação dos pressupostos da PNSB no local estudado, tendo em vista se tratar de uma região composta majoritariamente por municípios de pequeno porte e localizados em espaços rurais, os quais dependem mais dos repasses financeiros do governo federal para manutenção dos serviços devido à sua menor capacidade de gerarem receitas próprias.

Quando a dimensão pública do Estado é reduzida, o mercado privado encontra espaço para converter os direitos sociais em meios de se obter lucro, ampliando ainda mais o abismo social que contribui diretamente para a manutenção das iniquidades em saúde bucal no Brasil. Dessa forma, a continuidade de políticas públicas que, assim como a PNSB, têm caráter universal e se pautam pela equidade é fundamental para que os avanços em termos de acesso, utilização e resolutividade dos serviços sejam consolidados. Nesse sentido, a sanção presidencial do projeto de lei (PL) 6.836/2017 que transforma a PNSB em lei federal, é importante para que a PNSB tenha maior capacidade de resistir aos períodos de crise e às investidas neoliberais.

Por fim, ressalta-se que por seu desenho metodológico transversal esse estudo tem como limitação a impossibilidade de se estabelecer uma relação de causa e efeito entre os achados. Nesse sentido, são necessárias investigações que avaliem a associação entre as reduções nas transferências de recursos da União para os entes subnacionais e a piora no quadro dos indicadores de saúde bucal. Além disso, a coleta de dados nos sistemas de informação em saúde pode apresentar vieses pela ocorrência de falhas nos registros. Ainda assim, entende-se que esse estudo pode contribuir para que pesquisadores e gestores identifiquem fatores que têm

limitado a consolidação das políticas públicas direcionadas para a saúde bucal no SUS em diferentes localidades do Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v. 153, n. 240, p. 2, 16 dez. 2016. Seção 1.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro, 2017b. 78 p. (Estudos e pesquisas, informação geográfica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Brasília, DF. 2021a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. E-gestor AB. Brasília, DF. 2021b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203**, de 05 de novembro de 1996. Aprova nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 267**, de 06 de março de 2001. Regulamenta a Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF). Diário Oficial da União. 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.305**, de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar os valores dos incentivos financeiros de custeio das Equipes de Saúde Bucal, nas modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2020.

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

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. cap. 2, p. 53-73.

CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro*. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, 6 abr. 2019.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; REIS, C. S.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, Bahia, v. 42, ed. spe2, out 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/76-91/pt/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciências & Saúde Coletiva**, Bahia, v. 6, ed. 22, jun 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n6/1791-1803/pt/#>. Acesso em: 29 abr. 2020.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2588–2598, dez. 2015.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. **Austeridade e Retrocesso: Impactos sociais da Política Fiscal no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, 2018. v. 1. ISBN 879-85-9565-040-4.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. **Journal of**

Dental Research, v. 96, n. 4, p. 380–387, abr. 2017.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 19, 2011.

LIMA, L. C.; SANTOS, D. V. D.; DITTERICH, R. G. Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v.10, n.3, p. 275-295. 2021.

LUCENA, E. H. G; LUCENA, C.D.R.X de; ALEMÁN, J.A.S; PUCCA JR, G. A; PEREIRA, A.C; CAVALCANTI, Y. W. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 99, 14 dez. 2020.

LUCENA, E. H. G.; PUCCA JR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal**, Brasília, v. 5, ed. 3, p. 53-63, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042>. Acesso em: 5 maio 2020.

MATTOS, G.C.M; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, p. 373-382, 2014.

MELO, E. A; ALMEIDA, P.F; LIMA, L. D; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 137–144, 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224–243, set. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

NARVAI, P.C. **O fim do Brasil Sorridente?** Abrasco. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>>. Acesso em: 12 fev 2021.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **International Dental Journal**, v. 63, n. 5, p. 237–243, out. 2013.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.24, n.2, p.241-246, 2008.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. Regionais de Saúde. 2021. Disponível em:<

<https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>>. Acesso em 3 fev. 2021.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 6, ed. 2, p. 341- 360, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 jan. 2021.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P.C; MARTELLI, P. J. L; ACIOLI, R. M. L; SOUZA, W. V. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 54–61, mar. 2014.

PINTO, L. L. et al. Análise dos indicadores de saúde bucal na Região Metropolitana de Curitiba-PR: avanços e retrocessos entre 2015-2017. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 4, p. 890, 6 set. 2020.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 895–910, dez. 2006.

PROBST, L. F. et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4437–4448, dez. 2019.

REIS, P. A. M.; CORRÊA, C. P.; MARTINS, C. B.; GHELLER, M. G. O técnico em saúde bucal: a atuação deste profissional no serviço público de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, v. 6, ed. 3, 2017.

ROSSI, T. R. A. et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 826–836, out. 2018.

ROSSI, T. R. A. et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, dez. 2019.

SILVA, R. O. C.; GRAZIANI, G. F.; DITTERICH, R. G. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. **Tempus - Actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 14, ed. 1, p. 65-75, 2020.

SOBRINHO, J. E. L.; ROSSI, T. R. A.; MARTELLI, P. J. L.; LIMA, S. C. Qual será a oferta de serviços de saúde bucal e estimativa de repasses para a atenção básica nos próximos 30 anos? Um estudo de prospecção. **Tempus - Actas de saúde colet**, Brasília, v. 14, ed. 1, p. 89-102, 2020.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M. de; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 3, set. 2019.

6.3 MANUSCRITO 3

TEORIA *versus* PRÁTICA: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

RESUMO

A luta pela consolidação da saúde bucal na saúde pública brasileira perpassa o conhecimento das dificuldades que têm distanciado a organização da atenção odontológica praticada no SUS daquela proposta pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Desse modo, o objetivo do presente estudo foi identificar a percepção de gestores locais de saúde sobre os desafios enfrentados para a concretização dos pressupostos da PNSB na atenção odontológica. Para tanto, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, em que 29 gestores locais de saúde de 16 municípios que integram a macrorregião Norte do Paraná foram entrevistados a partir de roteiros semiestruturados. A análise das entrevistas foi realizada pelo método de análise de discurso, enquanto o referencial analítico foi o institucionalismo histórico. Os resultados evidenciam desafios para a consolidação de oito dos 10 pressupostos estabelecidos pela PNSB. Esses desafios foram classificados em quatro categorias: supremacia do mercado sobre o cuidado odontológico em âmbito público; fragilidades das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB); problemas relativos à gestão do trabalho; e inobservância das informações em saúde para o planejamento das ações no território. Sendo assim, entende-se que sem financiamento adequado e priorização política, retrocessos para a área da Odontologia na saúde pública poderão ser observados desde um curto prazo.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde bucal. Modelos de assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

As distintas maneiras de se organizar os serviços e executar as práticas em saúde estão diretamente relacionadas aos valores, conhecimentos acumulados e paradigmas hegemônicos que influenciam o entendimento de saúde enquanto direito (FERTONANI et al., 2015). Desse modo, a reorientação de um modelo assistencial reflete uma tarefa tão árdua e complexa quanto necessária para se superar práticas fragmentadas, excludentes e pouco resolutivas.

No que tange à saúde bucal, desde o período de redemocratização espaços de discussão técnico-política relacionados à área vinham ganhando expressão e, a partir deles, foram formuladas propostas que visavam alterar os rumos da Odontologia no SUS. Nos primeiros anos da década de 2000 essas propostas foram reunidas e acolhidas (NARVAI, 2011). Como resultado, em 2004 foi aprovada a Política Nacional

de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente.

Um aspecto marcante da PNSB é a definição de estratégias de visam a reorientação da atenção à saúde bucal, de modo que modelos que direcionam a Odontologia para uma prática focalizada e residual sejam superados. Propõe, por exemplo, a articulação entre a Atenção Básica (AB) e os demais pontos da rede de serviços de saúde bucal, o trabalho interprofissional e o uso da epidemiologia para o planejamento das ações no território (BRASIL, 2004). Desse modo, as reais demandas e necessidades da população podem ser acolhidas, respeitando-se sempre o princípio da integralidade (PIMENTEL et al., 2021).

Contudo, Chaves et al. (2017) ponderam que se por um lado a PNSB contribuiu enormemente para que a Odontologia avançasse e se fortalecesse no SUS, por outro, esses avanços não se sustentaram com o passar do tempo, sobretudo pela falta de priorização política expressada pelo financiamento insuficiente.

Desse modo, entendendo que a luta pela consolidação da saúde bucal na saúde pública brasileira perpassa o conhecimento das dificuldades que têm distanciado a organização da atenção odontológica praticada no SUS daquela proposta pela PNSB, o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção de gestores locais de saúde sobre os desafios enfrentados para a concretização dos pressupostos da PNSB na atenção odontológica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que buscou compreender, por meio da percepção de gestores de saúde, os principais desafios enfrentados para a concretização dos pressupostos da PNSB na organização e na oferta de serviços de saúde bucal na macrorregião Norte do Paraná.

A macrorregião Norte do Paraná possui cinco Regiões de Saúde (RS): 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a, nas quais vive uma população estimada em 1.819.461 habitantes (BRASIL, 2021). Em relação ao porte populacional, 84 dos 97 municípios que a compõe são de pequeno, nove de médio e quatro de grande porte (menos que 25.000, entre 25.000 e 100.000 e mais de 100.000 habitantes, respectivamente) (WILLEMANN et al., 2019). Quanto à classificação geográfica, 58 municípios são considerados rurais adjacentes, 25 urbanos e 18 intermediários adjacentes (BRASIL, 2017).

Para a escolha dos locais onde as entrevistas seriam realizadas, primeiramente

foi construída uma matriz avaliativa que visava classificar os municípios quanto às suas condições de financiamento e organização da AB.

A partir dessa matriz, todos os 97 municípios foram classificados de acordo com três possíveis escores: alto, intermediário ou baixo, sendo que quanto menor o escore, melhores as suas condições frente aos aspectos analisados. Em seguida foram selecionados, por RS, o município sede e um correspondente a cada faixa de escore. Considerando que houve uma recusa de participação e apenas uma RS possuía município classificado com o escore alto, foram incluídos no presente estudo 16 municípios, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Municípios selecionados, escores obtidos e número de gestores entrevistados em cada uma das RS da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2021.

Região de Saúde	Municípios elencados	Escore	Número de gestores entrevistados por RS
16 ^a	Apucarana	Sede*	5
	Marumbi	Intermediário	
	Jandaia do Sul	Baixo	
17 ^a	Londrina	Sede*	6
	Jaguapitã	Intermediário	
	Pitangueiras	Baixo	
18 ^a	Cornélio Procópio	Sede*	8
	Andirá	Intermediário	
	Nova Santa Bárbara	Baixo	
	Santo Antônio do Paraíso	Alto	
19 ^a	Jacarezinho	Sede*	6
	Santo Antônio da Platina	Intermediário	
	Tomazina	Baixo	
22 ^a	Ivaiporã	Sede*	4
	Cruzmaltina	Intermediário	
	Nova Tebas	Baixo	

Fonte: Elaboração própria. *Selecionados por serem sede de RS, independentemente do escore obtido.

Entre os 29 gestores entrevistados, 12 possuíam cargos especificamente vinculados à gestão da saúde bucal (gerentes, coordenadores e diretores de saúde bucal), 13 eram secretários de saúde, uma era diretora de saúde, uma era diretora de vigilância e duas eram coordenadoras de AB que respondiam também pela saúde bucal.

As entrevistas, audiogravadas, foram realizadas a partir de roteiro semiestruturado que continha questões relacionadas à organização e à oferta de serviços de saúde bucal em seus municípios, ocorrendo de maneira presencial no período compreendido entre junho e outubro de 2021. As gravações foram transcritas e a confidencialidade dos dados foi mantida atribuindo códigos (G, de gestor) seguidos do número (1, 2, 3...) aos entrevistados para impossibilitar sua identificação.

A análise das entrevistas foi realizada pelo método de análise de discurso

preconizado por Martins e Bicudo (2005), executando-se em um primeiro momento a análise ideográfica a partir da leitura flutuante dos discursos e, em seguida, selecionando-se palavras ou frases que se direcionavam na perspectiva do fenômeno estudado, as unidades de significado (US), posteriormente interpretadas. A etapa seguinte consistiu na convergência das US dentro do discurso de cada entrevistado. Por último, foi executada a análise nomotética, identificando-se as convergências e as divergências presentes entre as US, o que possibilitou a construção das categorias de análise.

Quanto ao referencial analítico, optou-se pelo institucionalismo histórico pelo seu entendimento de que as instituições mediam a relação entre Estado e sociedade (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015) e se caracterizam tanto por regras formais, como atos normativos impostos por um governo ou agente com poder de coerção, quanto por regras informais, representadas pelos códigos de conduta definidos pela própria sociedade ou por estruturas de dominação ideológica (CHAVES, 2016).

Essas instituições se modificam, alterando as escolhas e prioridades de atores políticos. O mais comum, no entanto, é que ocorra a reprodução, em tempos presentes, de decisões feitas no passado. Desse modo, o entendimento dos desafios que têm dificultado a superação da lógica mercantil e a reorientação do modelo de atenção odontológica adotado nos serviços públicos se torna possível (OUTEIRO; NASCIMENTO, 2020).

Esta pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer nº 4.196.806 e CAAE 30675420.6.0000.5240.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PNSB tem o intuito de promover “uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo” (BRASIL, 2004, p.3). Para o alcance desse objetivo, estabelece pressupostos para a construção de uma prática resolutiva e centrada nas reais necessidades do território.

No entanto, a partir das percepções de gestores em saúde atuantes na macrorregião Norte do Paraná foi possível identificar desafios que têm imposto barreiras para a concretização de alguns desses pressupostos. Conforme

apresentado na Tabela 2, esses pressupostos e desafios foram classificados em quatro categorias: Supremacia do mercado sobre o cuidado odontológico em âmbito público; Fragilidades das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB); Problemas relativos à gestão do trabalho; e Inobservância das informações em saúde para o planejamento das ações no território.

Tabela 2. Categorização dos pressupostos definidos na PNSB de 2004 para a reorientação do modelo de atenção à saúde e dos desafios enfrentados para a sua concretização. Paraná, 2021.

PRESSUPOSTOS	DESAFIOS
Supremacia do mercado sobre o cuidado odontológico em âmbito público	
1. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção	a) Influência da Odontologia científica sobre as práticas odontológicas. b) Ascensão de modalidades de contratação menos estáveis, como a “pejotização”, refletindo uma precarização das relações trabalhistas.
2. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.	c) Manutenção proposital de modelos cujo enfoque recai sobre públicos-alvo bastante circunscritos, como crianças em idade escolar.
Fragilidades das RASB	
3. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização.	d) Falta de priorização da saúde bucal na AB, comprometendo a sua resolutividade.
4. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa.	e) Vazios assistenciais, sobretudo no que se refere à média complexidade.
Problemas relativos à gestão do trabalho	

5. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.

f) Constrangimentos para a concretização da atuação interprofissional entre a Odontologia e as demais áreas.

6. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

g) Rompimento com as equipes multiprofissionais, observada pela desvalorização dos técnicos e auxiliares de saúde bucal, principalmente dos primeiros, no serviço público.

Inobservância das informações em saúde para o planejamento das ações no território

7. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.

h) Direcionamento do trabalho para o cumprimento de metas específicas, por vezes desconsiderando as reais necessidades do território.

8. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.

i) Falhas e dificuldades na realização de registros nos sistemas de informação.

Fonte: Elaboração própria.

Supremacia do mercado sobre o cuidado odontológico em âmbito público

Até a década de 1950 havia no Brasil um único modelo de atenção à saúde bucal denominado Odontologia Científica que, ao se basear no mercado privado, caracterizava-se pelo individualismo, curativismo, biologicismo e mecanicismo. A limitação do acesso culminava em uma procura tardia por atendimento, perpetuando uma abordagem invasiva e mutiladora por parte dos serviços odontológicos, manifestada por meio de múltiplas exodontias (NARVAI, 1994; CALADO, 2002).

Ainda que outros modelos de atenção tenham sido concebidos posteriormente

como uma resposta crítica à Odontologia Científica, ela ainda exerce grande influência sobre as práticas odontológicas, inclusive em âmbito público (NARVAI, 2006).

Aqui nós temos uma central de extração. As unidades avaliam o paciente e se ele precisar de uma extração, enviam para a gente pelo sistema, para poder ser agendado o procedimento (G9).

Dada a supremacia da Odontologia Científica, mesmo alguns dos modelos criados para a substituir acabaram por reproduzir as suas condutas. Foi o caso, por exemplo, da Odontologia Simplificada, que preconizava a racionalização do tempo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) e o menor número de consultas estipuladas para a conclusão dos tratamentos. Todavia não buscava uma mudança qualitativa da prática profissional, e sim a realização de procedimentos curativos em maior quantidade e menor tempo possível, gastando-se estritamente o necessário (MENDES, 1986).

Essa lógica produtivista não permitia que a Odontologia Simplificada se configurasse como um verdadeiro antagonista ao modelo liberal (NARVAI, 1994) e atravessa, ainda hoje, o ideário da gestão pública de saúde bucal.

Nós temos um programa recente na Atenção Básica, para essas unidades melhorarem os indicadores. Estamos conseguindo, através desse programa, gerar um estímulo de competição nas unidades. A gente definiu um critério com base nos mesmo indicadores do Previnde Brasil, isso tem gerado um estímulo entre as unidades no sentido de competirem. (G10)

A Saúde Bucal Coletiva (SBC) se debruça sobre o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença, opondo-se veementemente à Odontologia de mercado (SOARES et al., 2017). Contudo, a disputa histórica travada por ambos há décadas tem sido mais favorável ao segundo modelo, tendo em vista o fortalecimento dos interesses privatistas que permeiam o ajuste econômico da saúde pública brasileira (NARVAI, 2020). Não coincidentemente, os planos de saúde exclusivamente odontológicos possuem cada vez mais adeptos, além de receitas crescentes e lucros substanciais (ROSSI et al., 2019).

A Emenda Constitucional (EC) nº 95, por exemplo, limita o repasse de recursos federais para as políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016), reduzindo a dimensão pública do Estado e conseqüentemente reprimindo as políticas sociais. Nesse contexto, diante da insuficiência de recursos provocada pela crise financeira pública, uma oferta ampla e abrangente de serviços odontológicos no SUS é refreada, fazendo

com que um cuidado mais residual e focalizado se torne uma alternativa atraente para a gestão local.

No Brasil, o modelo que “inaugurou” a conduta centrada na assistência de uma população específica foi o Sistema Incremental (SI), cujo foco recaía sobre escolares de 6 a 14 anos de idade (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Por se concentrar em um ambiente único, que seriam as escolas, o planejamento e a execução das ações seriam facilitados (PINTO, 1993).

O nosso carro-chefe era esse trabalho nas escolas, da aplicação de flúor, essa escovação supervisionada, a palestra... (G24)

Não havia, portanto, a formulação de uma estratégia que atingisse toda a população exposta ao risco de adoecer, somente um público-alvo bastante circunscrito. A mesma crítica pode ser direcionada a outros modelos de atenção concebidos posteriormente ao SI, como a Odontologia Integral e o Programa de Inversão da Atenção (PIA), pois ambos permaneceram dando prioridade a grupos restritos, atuando em escolas e creches (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; FERREIRA et al., 2011).

No município tem uma TSB (técnica em saúde bucal) para cada escola, porque daí elas conseguem fazer o serviço de prevenção também, já que nas escolas nós temos ambientes com duas cadeiras odontológicas (...) coisa que na UBS nós não temos. (G11)

Um modelo ainda amplamente preconizado na macrorregião Norte do Paraná é o de Atenção Precoce, que atua sobre os problemas bucais da primeira infância e foi desenvolvido na Universidade Estadual de Londrina, com a criação da Bebê-Clínica. A implementação das “clínicas de bebês” se tornou a principal estratégia de saúde bucal no estado do Paraná (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008), havendo extensa destinação de recursos financeiros para a capacitação de profissionais e para a aquisição dos materiais e equipamentos necessários (CALDARELLI et al., 2019).

Se todos os municípios fizessem a Clínica do Bebê, orientassem, batessem em cima da Clínica do Bebê lá na prevenção, essas crianças futuramente não iriam precisar de uma dentadura, não iam precisar de tratamentos caros, né? (G27)

A atenção Precoce é um exemplo de como a priorização política observada pelo aporte de recursos permite que um modelo assistencial se sobressaia e tenha sua manutenção garantida, mesmo diante de críticas. Desse modo, ainda que o acesso universal defendido pelo SUS reitere a necessidade de que a Odontologia

desvie o seu foco das populações-alvo programáticas, (CALADO, 2002; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008) esse desafio parece estar longe de ser superado em alguns dos municípios que compõe a macrorregião Norte do Paraná.

A gente oferece alguns programas incrementais, dois deles focados na primeira infância (...) o objetivo é a “criança zero cárie” e esse programa, Clínica do Bebê, se mantém até os cinco anos de idade como um atendimento trimestral. Então é um atendimento mais constante do que seria por livre demanda na UBS. Além disso, a gente tem um atendimento nas escolas. (G11)

Outro problema, explicitado de forma contundente na pandemia de Covid-19, é que quando as ações coletivas de saúde bucal têm como principais ou únicos cenários as escolas e creches, podem ser facilmente descontinuadas ao haver qualquer motivo que impossibilite o acesso a esses ambientes.

A questão da prevenção deu uma parada agora por causa da pandemia (da Covid-19), nas escolas. A gente faz o flúor, ensina técnicas de escovação, isso aí sempre fez parte da rotina né? Deu uma parada porque lá o município não retornou às aulas, está fazendo só à distância. (G17)

Tendo em vista todos esses fatores, a PNSB publicada em 2004 já propunha uma reorientação do modelo de atenção à saúde bucal com vistas a direcioná-lo aos princípios do SUS. No entanto, há fluidez no que se refere aos movimentos de escolha de um modelo ou outro, ora se conservando o modelo tradicional, ora se direcionando a um novo modelo ou ainda se observando uma convivência conflitiva ou complementar entre eles (FERTONANI et al., 2015). A tendência, todavia, é de que essas escolhas tão somente reforcem decisões tomadas em períodos anteriores, impondo barreiras às mudanças (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

A predominância de características relativas ao mercado na prestação de cuidados odontológicos no SUS também pode ser observada na fala de gestores locais de saúde que, entre outras coisas, se queixam do funcionalismo público e da estabilidade, atrelando-o a um pior empenho no trabalho.

Quando um vínculo é mais frágil, é terceirizado, você “retira” muito mais (do profissional). Isso é indiscutível. Precisa retirar a estabilidade do serviço público. Enquanto não retira a estabilidade do serviço público, não vai ter excelência nos serviços ofertados. (G10)

Aliado a isso, ao passo que o Previne Brasil exige que os usuários cadastrados sejam vinculados a equipes de saúde (BRASIL, 2019a), a União não oferta recursos

para tanto e, mais do que isso, reduz a sua participação no financiamento do SUS (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Consequentemente, os entes locais acabam por adotar modalidades de contratação cujos vínculos são mais frágeis e menos estáveis. E, nesse sentido, para eles *o que mais funciona é você contratar uma empresa e a empresa vai se responsabilizar depois pelo profissional. Porque daí eu não vou cobrar o profissional, eu vou cobrar a empresa (G23)*.

Uma das modalidades de admissão que tem sido amplamente utilizada na macrorregião Norte do Paraná é a “pejotização”, caracterizada pela contratação de serviços de pessoas físicas por meio de pessoa jurídica constituída para esse fim (SILVA; CARVALHO; SANTINI, 2020). Referendada pela reforma trabalhista de 2017, que possibilitou a terceirização de pessoal para atividades-fim, a “pejotização” reflete uma precarização das relações trabalhistas por fatores como a ausência de benefícios previdenciários, os salários pouco atraentes e o risco iminente de perda do cargo (SILVA; CARVALHO; SANTINI, 2020).

Fragilidades da RASB

Uma das estratégias para que governos locais consigam promover um cuidado mais resolutivo, integral e alicerçado aos princípios do SUS é a conformação de um arranjo organizacional em forma de redes, em que diferentes pontos de atenção se articulem e estejam sob a coordenação da AB. Nesse sentido, ao promover a interação da AB com os demais pontos da rede de serviços e preconizar a integralidade nas ações de saúde bucal, a PNSB favorece a organização dos serviços de Odontologia sob a perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (PIMENTEL et al., 2021).

Entretanto, a consolidação das RASB enquanto fomentadoras da regionalização de ações e serviços de saúde bucal, ampliando o acesso a eles, ainda encontra barreiras promovidas por desafios relacionados, entre outras coisas, à aspectos estruturais, como a ausência ou a quantidade insuficiente de pontos de apoio nos diferentes níveis de atenção (MELLO et al., 2014; PIMENTEL et al., 2021). Alguns dos pontos de atenção que compõe as RASB são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde são ofertados atendimentos referentes à AB, os CEO, responsáveis pela atenção ambulatorial e os hospitais de referências, que atendem casos de alta complexidade (BRASIL, 2018).

A AB deve coordenar o fluxo de referência e contra-referência, além de

responder por aproximadamente 80% da assistência odontológica (PARANÁ, 2016). Desse modo, a estruturação de serviços de AB em saúde bucal se configura como uma responsabilidade de todos os municípios. No entanto, mesmo entre municípios em que a oferta de serviços odontológicos se concentra exclusivamente nesse nível de atenção, há relatos dos gestores sobre a desvalorização sofrida pela Odontologia.

Com relação a saúde bucal, ainda precisamos avançar, porque não existe uma política de indução dessa atividade na AB. Ainda precisa melhorar isso. Hoje, é uma porcária o financiamento da saúde bucal, não induz a implantação da ação na ponta. (G8)

Assim, problemas de saúde bucal que poderiam ser facilmente resolvidos no âmbito da AB sem a necessidade de procedimentos mais complexos, têm seus quadros agravados, exigindo o encaminhamento para as especialidades. Essa situação é bastante dolorosa ao sistema de saúde, pois produz gastos ineficientes em um cenário previamente marcado pela escassez de recursos (FREITAS; ARAÚJO, 2018). Ademais, essa desestruturação da AB compromete sobremaneira a resolutividade do cuidado na RASB.

Quando eu entrei e assumi a gestão, fazia dois anos que a cadeira do dentista estava quebrada. Ele não estava trabalhando por falta de arrumar a cadeira (G26).

Por outro lado, há demandas que naturalmente extrapolam a capacidade de resposta da AB, exigindo o referenciamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), elementos-chave na configuração da RASB (PINTO et al., 2016). Os CEO devem estar presentes em número adequado ao quantitativo populacional (LUCENA et al., 2016). Mas, em contraste ao que é proposto, apenas quatro dos 16 municípios analisados dispõem desse serviço em seus territórios e, entre os que encaminham seus munícipes para atendimento em outras localidades, há queixas quanto às dificuldades de acesso, destacando que *tem* (encaminhamento para tratamento de MC em outro local), *só que não tem vaga, né* (G1).

Idealmente, os CEO devem ser estruturados nos territórios referentes às RS, respeitando o princípio da regionalização (PARANÁ, 2016). Nesse cenário, os consórcios públicos de saúde (CPS) viabilizam a prestação de serviços de maneira cooperativa entre os municípios (PIMENTEL et al., 2021), uma vez que *a gente utiliza o consórcio como referência de especialidades. Os dentistas avaliam os pacientes e quando precisa de alguma especialidade, tudo é encaminhado para lá* (G9).

Contudo, há gestores que, na tentativa de enfrentarem os vazios assistenciais

do território sob sua responsabilidade, optam pela compra e/ou pela contratação de serviços terceirizados (CARVALHO; CORDONI JR; NUNES, 2018).

A sugestão que eu dei é que se faça uma licitação na prefeitura de clínicas que tenham CNPJ para poder participar dessas áreas de especialidade. Como tem nos médicos, as clínicas que participam, com ultrassom, exames...poderia participar a Odontologia também.
(G10)

Explicita-se, assim, que as decisões tomadas no âmbito da saúde bucal ainda são muito políticas e atreladas à visão pessoal do gestor em exercício, quando na verdade deveriam ser técnicas e baseadas em um sistema de governança adequado ao SUS (MELLO et al., 2014). Esse fato, somado aos incentivos cada vez maiores para a participação do mercado privado em diferentes setores públicos, tem fragilizado a consolidação das RASB enquanto fortalecem e aceleram os mecanismos de privatização da saúde (MELO et al., 2020).

Problemas relativos à gestão do trabalho

A reformulação do processo de trabalho, conforme proposto pela PNSB, exige a interação dos profissionais de Odontologia com trabalhadores de outras categorias da saúde, de modo que a abordagem assistencial reconheça os indivíduos na sua totalidade e esteja atenta ao contexto socioeconômico e cultural que os envolve. Sendo assim, os profissionais de Odontologia devem fazer parte das equipes multiprofissionais em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004).

Contudo, a trajetória de uma política pública não é linear, isto é, um ponto “x” não leva diretamente a um ponto “y”, pois outras tantas situações precisam ocorrer até que os resultados sejam produzidos (PIERSON, 2004). Ou seja, sem a formulação em nível de gestão de mecanismos institucionais que possibilitem a consolidação de práticas integradas, a organização do processo de trabalho permanecerá privilegiando o modelo tradicional (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015; MENDES et al., 2017).

Sobre isso, de maneira dissonante ao idealizado pela PNSB, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 prevê financiamento de modelos de equipe na AB que não contemplem uma composição multiprofissional (NARVAI, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Desse modo, a realização de ações interprofissionais entre a Odontologia e as demais áreas encontra constrangimentos para a sua concretização (MELLO et al., 2014).

A gente está fazendo uma coisa que é o mais difícil para Odontologia

na UBS, que é fazer o trabalho em equipe com a equipe médica e de enfermagem. Porque o nosso paciente, ele é de atendimento para a parte odontológica, só o dentista sabe o que está acontecendo com aquele paciente. (G18)

Nesse cenário, não surpreende a desvalorização dos técnicos e auxiliares de saúde bucal, sobretudo dos primeiros, no serviço público. Entre os 16 municípios analisados na macrorregião Norte do Paraná, pelo menos quatro não possuíam técnicos de saúde bucal (TSB) e, naqueles em que estavam presentes, o quantitativo de TSB era irrisório frente ao número de CD.

Sobre os auxiliares de saúde bucal (ASB), ainda que em maior quantidade, a dificuldade em tê-los no quadro de profissionais é sentida em alguns municípios.

Nós estamos com o quadro de ASB defasado, temos mais dentistas do que ASB. Quando uma (ASB) vai sair de férias, um dentista tem que começar a atender sozinho (G9).

Em contrapartida, ao serem questionados se pretendem ampliar seu quadro de funcionários a curto ou médio prazo, são poucos os que citam esses trabalhadores entre os que ensejam contratar. Na ausência de uma proporção adequada (um ASB para cada CD), o desgaste destes é ampliado enquanto a qualidade dos serviços prestados é reduzida (KOVALESKI; BOING; FREITAS, 2005).

A tardia regulamentação do trabalho dos TSB e dos ASB pode ser um dos fatores implicados nessa problemática. Foi só em 2008, com a Lei nº 11.889, que o exercício das profissões de nível médio em Odontologia foi regularizado (BRASIL, 2008). Entretanto, não houve apoio institucional suficiente para a formação desses trabalhadores (NARVAI, 2020). Outrossim, ao ser sancionada, a Portaria nº 2.539 de 2019 possibilitou a composição de equipes de carga horária diferenciada, que não estão atreladas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e das quais o TSB não faz parte (BRASIL, 2019b). Para Narvai (2020), a superação desse cenário é essencial para a integralidade do cuidado odontológico.

Inobservância das informações em saúde para o planejamento das ações no território

Diagnósticos locais construídos a partir do planejamento, do monitoramento e da avaliação auxiliam na reestruturação dos processos de trabalho, para que considerem aspectos intimamente relacionados à realidade de um determinado território. Nesse cenário, informações produzidas por meio de indicadores de saúde e

disponibilizadas nos sistemas de informação em saúde (SIS) contribuem para que gestores e trabalhadores da assistência decidam sobre a implantação, a manutenção ou mesmo a descontinuidade de ações e programas de saúde (BRASIL, 2012).

Entretanto, a análise e o uso de informações em saúde bucal ainda são incipientes. Embora considerados seguros e fidedignos, indicadores de saúde são pouco utilizados na orientação das ações gerenciais (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015). Mais do que isso, historicamente os dados relativos à Odontologia estão atrelados à produção ambulatorial e à poucos indicadores (MACHADO; SILVA; NORO, 2018), os quais nem sempre considerados adequados pelos gestores locais, que ressaltam que *talvez o método de indicadores seja bom, mas não os indicadores que colocaram para a Odontologia e que [...] tem indicadores melhores para avaliar a questão de saúde da população (G11).*

O desempenho, um dos componentes estabelecidos pelo Previner Brasil para o repasse de recursos do governo federal para a AB, trata do cumprimento de metas vinculadas a indicadores específicos escolhidos pelo próprio MS (BRASIL, 2019a). A partir dele é dada uma ênfase aos resultados das ações de saúde, isto é, à produção destas, enquanto o processo de trabalho não é alvo de avaliações. Ao mesmo tempo, algumas das iniciativas que contribuíam para a organização do trabalho na lógica comunitária e territorial foram suprimidas, sendo o caso do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) o mais emblemático (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Apesar de a avaliação do desempenho ter como objetivo estimular as equipes, as melhorias relacionadas aos resultados de saúde são pouco relevantes (MASSUDA, 2020). Desse modo, ao se utilizar esse critério para a remuneração dos serviços na AB, as equipes de saúde podem ser desmotivadas a enfrentarem os verdadeiros problemas e demandas apresentados pela comunidade, direcionando o foco do cuidado em saúde acriticamente para o atingimento das metas pactuadas (MASSUDA, 2020). Nesses casos, observa-se o uso dos indicadores tão somente por exigências governamentais (MACHADO; SOUZA; NORO, 2018).

Os profissionais estão empenhados em produzir porque quanto mais produção, mais recurso, né? Então eles estão produzindo mais (G9).

Outrossim, o uso pleno dos SIS se depara com algumas dificuldades. *Outra coisa que estamos fazendo é a informatização dos sistemas, porque não tínhamos nada informatizado. Usávamos só o e-SUS, mas é uma porcaria! (G8).* Essas

dificuldades, conforme identificado por Lima, Antunes e Silva (2015), dizem respeito ao número insuficiente e à falta de capacitação de profissionais tanto para o registro adequado quanto para a avaliação periódica das informações, bem como à ausência de integração entre os sistemas. Sem o enfrentamento desses problemas, é pouco provável que a utilização dos indicadores de saúde bucal se efetive, distanciando o modelo de atenção pautado pela vigilância em saúde preconizado pela PNSB daquele adotado em âmbito local.

Por fim, a classificação dos municípios quanto à sua condição frente ao financiamento e a organização dos serviços não pareceu exercer grande influência sobre as respostas dos gestores. Desse modo, entende-se que os desafios aqui apontados estão associados a fatores ainda mais complexos e que extrapolam o âmbito local. Ademais, ainda que o presente estudo tenha se concentrado na percepção dos gestores locais de saúde, a compreensão pormenorizada desses aspectos perpassa também pelo conhecimento das perspectivas e opiniões de gestores vinculados à outras instâncias do SUS e também dos profissionais que atuam na assistência, partindo de uma abrangência nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNSB dirigiu seus esforços para que os modelos de atenção à saúde bucal vigentes até então, considerados fragmentados, excludentes e pouco resolutivos, fossem substituídos. Desse modo, as iniquidades no acesso aos serviços de Odontologia no SUS poderiam ser reduzidas. Contudo, os desafios para a consolidação dessa política e de seus pressupostos ainda são muito marcantes.

Por meio desse estudo se observou que a organização da saúde bucal ofertada em municípios da macrorregião Norte do Paraná ainda prioriza condutas atreladas a modelos considerados ineficazes e ineficientes por serem produtivistas, curativistas e focalizados, entre outros aspectos. As RASB, por sua vez, encontram dificuldades para se efetivarem por conta de problemas como a pouca resolutividade da AB e a existência de amplos vazios assistenciais, principalmente no que se refere aos serviços de MC. Em meio a isso, o fomento às práticas interprofissionais e ao modelo de equipes multiprofissionais são vistos como insuficientes, enquanto as ações e programas realizados no território são planejados com o intuito de que metas específicas sejam atingidas, sem a observância dos indicadores de saúde.

Superar modelos que por tantas décadas foram hegemônicos, se mostra uma

tarefa tão árdua quanto urgente. Sendo assim, caso se objetive reorientar a prática odontológica com vistas a atender aos pressupostos estabelecidos pela PNSB, respeitando as reais necessidades da população, é fundamental que haja priorização política e financiamento adequado. Caso contrário, retrocessos para a área da Odontologia na saúde pública poderão ser observados desde um curto prazo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v. 153, n. 240, p. 2, 16 dez. 2016. Seção 1.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro, 2017. 78 p. (Estudos e pesquisas, informação geográfica).

BRASIL. Lei nº 11.889, de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União. Brasília, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Brasília, DF. 2021. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2018.

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Indicadores -

Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública. Brasília, 2012.

CALADO, G. S. A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios. 2002. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CALDARELLI, P. G.; DEZAN, C. C.; NASR, A. M. L. F.; SCHILLER, C. O. A.; BELLANI, W. A. G. O.; MOYSES, S. T.; ROCHA, J. S.; BALDANI, M. H.; PECHARKI, G. D. Saúde bucal na atenção materno-infantil. In: DITTERICH, R.G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Org.). Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná. 1ed.Londrina - PR: INESCO, 2019, v. 1, p. 151-178.

CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. de F. P. de A. (Orgs.). Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná. Londrina, PR: Eduel, 2018.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. de L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F. de; BARROS, S. G. de; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, jun. 2017.

CHAVES, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016. 377 p.

FERREIRA, E.B.; ABREU, T.Q.; OLIVEIRA, A.E.F. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev Pesq Saúde*. V. 12, n. 3, p. 37-42, 2011.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869–1878, jun. 2015.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. de. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 8, n. 3, 20 dez. 2018.

KOVALESKI, D.F.; BOING, A. F.; FREITAS, S. F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Revista de Odontologia da UNESP*, v.34, n.4, p.161-165, 2005.

LIMA, K. W. S. de; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 61–71, mar. 2015.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA de, Baptista TW de F. (orgs.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. 1º ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA; 2015. 181-219.

LUCENA, E. H. G. et al., Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, p. 27-36. 2016.

MACHADO, F. C. de A.; SOUZA, G. C. de A.; NORO, L. R. A. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 187–202, jan. 2018.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, G.C.M; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciências & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, p. 373-382, 2014.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F. de; LIMA, L. D. de; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137–144, 19 jun. 2020.

MELLO, A. L. S. F. de; ANDRADE, S. R. de; MOYSÉS, S. J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 205–214, jan. 2014.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 224–243, set. 2018.

MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, ed. 4, p. 533-552, out-dez 1986.

MENDES, J. D. R. et al. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21, 2017.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no programa de saúde da família em três municípios da região serrana do estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 21–34, 15 dez. 2011.

NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. ág. 175-187, 3 jul. 2020.

NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NARVAI, P.C. *O fim do Brasil Sorridente?* Abrasco. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>>. Acesso em: 02 dez 2021.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N Esp):141-7.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.2, pp.241-246.

OUTEIRO, G. M.; NASCIMENTO, D. M. A trajetória da política habitacional a partir da perspectiva do institucionalismo histórico. *Revista de Direito da Cidade*, v. 12, n. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha guia - Rede de Saúde Bucal*. Curitiba, 2016.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. 208 p.

PIMENTEL, B. V.; CARVALHO, B. G.; CALDARELLI, P. G.; DOMINGOS, C. M. Atores, espaços e instrumentos de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e210286, 2021.

PINTO, V. G. Programas e políticas de saúde bucal. In: *A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir* (V. G. Pinto, org.), pp. 109-142, Brasília: Editora Santos, 1993.

PINTO, M. H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, p. 221-233. 2016.

ROSSI, T. R. A. et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, dez. 2019.

SILVA, J. F. M; CARVALHO, B.G; SANTINI, S. M.L. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. *Revista Gestão & Saúde*, v. 11, n. 3, p. 326–339, 21 dez. 2020.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J.; ROSSI, T. A.; CHAVES, S. O espaço da saúde bucal coletiva: contribuições para compreensão da formulação e implementação das políticas de saúde bucal no Brasil. *In*: CHAVES, S. C. L. (org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Bahia: EDUFBA, 2016. p. 137–170.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M. de; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 3, set. 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento federal é fator preponderante para que municípios, sobretudo os de pequeno porte e localizados em áreas mais distantes dos grandes centros urbanos, características observadas na macrorregião Norte do Paraná, consigam ofertar serviços de saúde bucal de maneira equânime. Desse modo, a trajetória da Odontologia na saúde pública brasileira, caracterizada pela escassez de diretrizes que orientassem a prática e pela insuficiência de trabalhadores e materiais, é coerente com o financiamento precário e a falta de prioridade do setor pelo Executivo Federal.

A postura da União de induzir a adoção de determinadas políticas em detrimento de outras, utilizando o repasse de recursos como ferramenta para definir como o sistema local de saúde será orientado, é preocupante porque não necessariamente se ocupa das necessidades do território. No contexto atual, por exemplo, a conjuntura política e econômica é demarcada pelo neoliberalismo, fato observado pela anteposição do controle inflacionário e da atração do capital externo em relação às políticas sociais.

Os resultados disso se expressam nos indicadores de saúde, evidenciando quedas contundentes e, conseqüentemente, ampliando as iniquidades em saúde. Nesse sentido, ao se analisar os indicadores de saúde bucal no local de estudo, verificou-se reduções expressivas no quantitativo de procedimentos individuais e coletivos, na contratualização de eSB, nas coberturas de PCOP e de eSB. Assim, a superação de um modelo de atenção à saúde bucal fragmentado e excludente, pautado pela lógica mercantil, parece distante.

Sobre isso, a organização e a oferta de serviços de saúde bucal na macrorregião Norte do Paraná se mostram atreladas à modelos considerados ineficazes e ineficientes por serem produtivistas, curativistas e focalizados. Enfoque é dado ao cumprimento de metas, desconsiderando-se as informações em saúde para o planejamento de ações que atendam as reais necessidades dos territórios. As RASB, por sua vez, são fragilizadas diante dos amplos vazios assistenciais, principalmente para o cuidado das condições que extrapolem a capacidade de resposta da AB. Enquanto isso, a precarização do trabalho é fomentada pela opção por vínculos menos estáveis, ao passo que o trabalho interprofissional é descontinuado.

Certamente ao longo dessa trajetória trilhada houve momentos em que a SBC

conseguiu se sobressair. A PNSB, nesse sentido, talvez tenha sido a estratégia que mais conseguiu avançar na superação do *status quo*. Porém as ações propostas por essa política têm sido descontinuadas pela redução nos investimentos por parte do ente central. Desse modo, o ideário do mercado privado tem caracterizado as condutas adotadas no Norte do estado.

Ao apagar das luzes da ditadura militar, o general João Figueiredo, então presidente, afirmou “um povo que não sabe nem escovar os dentes não está preparado para votar”. A emblemática frase evidencia o elitismo que permeia a história da Odontologia no Brasil. Mais do que isso, mostra que – parafraseando a temática da 8ª CNS – saúde (bucal) também é democracia. Assim, reflete-se que mudanças no paradigma que impõe os desafios demonstrados por esse estudo para a consolidação da PNSB só serão possíveis perante o enfrentamento de governos municipais, estaduais e, principalmente, federais, cujas ideologias flertem com a extrema direita.

REFERÊNCIAS

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. Agenda Política, v. 3, n. 2, p. 12–42, 9 dez. 2015.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1026–1035, ago. 2005.

BAPTISTA, T. W. de F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 3, p. 615–626, mar. 2007.

BARTOLE, M. C. S. A construção da política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação 2000-2004. 2006. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1976.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v. 153, n. 240, p. 2, 16 dez. 2016. Seção 1.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro, 2017b. 78 p. (Estudos e pesquisas, informação geográfica).

BRASIL. Instituto Nacional de Previdência Social. Resolução nº CD/DNPS-443, de 17 de outubro de 1969. Proc. MTPS - 145.413/69. Aprova Ato Normativo que fixa diretrizes gerais para prestação da assistência odontológica aos beneficiários da Previdência Social. Seção I/ BS/INPS 203, Brasília, DF, 1969.

BRASIL. Lei nº 6050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a Fluoretação de Água em Sistemas de Abastecimento quando existir Estação de Tratamento. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 maio 1974.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.1990b.

BRASIL. Lei nº 11.889, de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Brasília, DF. 2021a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. E-gestor AB. Brasília, DF. 2021b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006.

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

BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº4.279, de 30 de

dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.305, de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar os valores dos incentivos financeiros de custeio das Equipes de Saúde Bucal, nas modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Regulamenta a Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF). Diário Oficial da União. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades. Brasília, DF, 1989a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária. Brasília: DF, 1989b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica n.º 39. Brasília- DF. Jan-mar 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação Geral de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Atenção Primária à Saúde: Novo Financiamento. 2019c. Disponível em: <https://www.cosemsce.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Atencao-Primaria-Saude-Novo-Financiamento.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública. Brasília, 2012.

BORGES FILHO, O. et al. Atividades de odontologia. 1969. (Documento Técnico de trabalho elaborado por solicitação do Ministério da Saúde).

BOURDIEU, P. Sobre o estado. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BUFFON, A.D.; MARTINS, M.R.; NEVES, M.C.D. XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – XI ENPEC, 2017, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. A Fenomenologia como Procedimento Metodológico em Pesquisa Qualitativa na Formação de professores. 2017. Disponível em: <<http://abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R0401-1.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2021.

CALADO, G. S. A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios. 2002. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CALDARELLI, P. G.; DEZAN, C. C.; NASR, A. M. L. F.; SCHILLER, C. O. A.; BELLANI, W. A. G. O.; MOYSES, S. T.; ROCHA, J. S.; BALDANI, M. H.; PECHARKI, G. D. Saúde bucal na atenção materno-infantil. In: DITTERICH, R.G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Org.). Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná. 1ed.Londrina - PR: iNESCO, 2019, v. 1, p. 151-178.

CAMPOS, G.W.S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: CAMPOS, G.W.S. Planejamento sem normas. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 53-60.

CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. de F. P. de A. (Orgs.). Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná. Londrina, PR: Eduel, 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. 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. Saude, Brasília*, v. 27, ed. 1, 2018.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, ed. 4, p. 693-705, 2010.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 477–506, jun. 2012.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. cap. 2, p. 53-73.

CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro*. *Universitas Odontologica*, v. 38, n. 80, 6 abr. 2019.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. de L.; REIS, C. S. dos; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G. de. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe2, p. 76–91, out. 2018.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. de L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F. de; BARROS, S. G. de; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, jun. 2017.

CHAVES, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016. 377 p.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 12, p. 2588–2598, dez. 2015.

COSTA, N. R.; VAITSMAN, J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 16, n. 5, p. 441–456, 20 out. 2014.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. Austeridade e Retrocesso: Impactos sociais da Política Fiscal no Brasil. 1. ed. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, 2018. v. 1. ISBN 879-85-9565-040-4.

FERREIRA, E.B.; ABREU, T.Q.; OLIVEIRA, A.E.F. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev Pesq Saúde*. V. 12, n. 3, p. 37-42, 2011.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869–1878, jun. 2015.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. de. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 8, n. 3, 20 dez. 2018.

GERSCHMAN, S., SANTOS, M.A.B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 21, p. 177-227, 2006.

GOMES, F. G. Conflito social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 40, n. 2, p. 201–234, abr. 2006.

GRAÇAS, E.M. Pesquisa Qualitativa e a Perspectiva Fenomenológica: Fundamentos que Norteiam sua Trajetória. *Reme Rev. Min. Enferm, Belo Horizonte, MG*, v. 4, ed. 1, jan./dez. 2000.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of Dental Research*, v. 96, n. 4, p. 380–387, abr. 2017.

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

KOVALESKI, D.F.; BOING, A. F.; FREITAS, S. F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Revista de Odontologia da UNESP*, v.34, n.4, p.161-165, 2005.

LANA, F. A Odontologia na Previdência Social, história e evolução. *Boletim dos Centros de Estudos, Belo Horizonte*, v. 6, n. 18, jan./jun. 1984. p. 7-16.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, E.L.N.B.O; MÖRSCHBÄCHER, M. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais - BIB*, São Paulo, n. 81, p. 103-122, ago. 2017.

LIMA, K. W. S. de; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 61–71, mar. 2015.

LIMA, L. C.; SANTOS, D. V. D.; DITTERICH, R. G. Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v.10, n.3, p. 275-295. 2021.

LIMA, L.D.; ANDRADE, C.T.A. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10):2237-2248, 2009.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA de, Baptista TW de F. (orgs.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. 1º ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA; 2015. 181-219.

LUCENA, E. H. G. et al., Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, p. 27-36. 2016.

LUCENA, E. H. G. de; JÚNIOR, G. A. P.; SOUSA, M. F. de. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 53–63, 15 dez. 2011.

LUCENA, E. H. G; LUCENA, C.D.R.X de; ALEMÁN, J.A.S; PUCCA JR, G. A; PEREIRA, A.C; CAVALCANTI, Y. W. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 99, 14 dez. 2020.

MACHADO, F. C. de A.; SOUZA, G. C. de A.; NORO, L. R. A. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 187–202, jan. 2018.

MAHONEY, J.; THELEN K. *Explaining institutional change. Ambiguity, Agency and Power* New York: Cambridge University Press, 2010. 236 p.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F. e; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, ed. 2, fevereiro 2014.

MELLO, A. L. S. F. de; ANDRADE, S. R. de; MOYSÉS, S. J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 205–214, jan. 2014.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F. de; LIMA, L. D. de; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137–144, 19 jun. 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 224–243, set. 2018.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, ed. 4, p. 533-552, out-dez 1986.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, J. D. R. et al. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21, 2017.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no programa de saúde da família em três municípios da região serrana do estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

MORAIS, H. G. de F.; BARROS, J. M. de; SILVA, W. R. da; SANTOS, A. A. dos; GALVÃO, M. H. R. Saúde Bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 181–196, 31 mar. 2020.

MOREIRA, W.W; SIMÕES, R.; PORTO, E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. *Rev Ciência e Movimento*. v. 13, ed. 4, 2005.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. *Previne Brasil*, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MOZZATO, A.R; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 21–34, 15 dez. 2011.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008 (Coleção temas em saúde).

NARVAI, P.C. O fim do Brasil Sorridente? Abrasco. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinioao/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>>. Acesso em: 02 dez 2021.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 141–147, ago. 2006.

NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. ág. 175-187, 3 jul. 2020.

NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. *International Dental Journal*, v. 63, n. 5, p. 237–243, out. 2013.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.2, pp.241-246.

NORTH, D. *Understanding the Process of Economic Change*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (IM) *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

OUTEIRO, G. M.; NASCIMENTO, D. M. A trajetória da política habitacional a partir da perspectiva do institucionalismo histórico. *Revista de Direito da Cidade*, v. 12, n. 2020.

PAIM, J.A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. *Epidemiol e Saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. Regionais de Saúde. 2021. Disponível em:< <https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>>. Acesso em 3 fev. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha guia - Rede de Saúde Bucal*. Curitiba, 2016.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B.; THOMÉ, H. I.; STOLZ, E. D. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 20, n. 6, p. 416–422, dez. 2006.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 6, ed. 2, p. 341- 360, 2001. Disponível

em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 jan. 2021.

PIERSON, P. Big, slow-moving and...invisible: macrosocial processes in the study of comparative politics. In: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Eds.). *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 177-207

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. 208 p.

PIMENTEL, B. V.; CARVALHO, B. G.; CALDARELLI, P. G.; DOMINGOS, C. M. Atores, espaços e instrumentos de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e210286, 2021.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; MARTELLI, P. J. L.; ACIOLI, R. M. L.; SOUZA, W. V. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 54–61, mar. 2014.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018.

PINTO, L. L. et al. Análise dos indicadores de saúde bucal na Região Metropolitana de Curitiba-PR: avanços e retrocessos entre 2015-2017. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 8, n. 4, p. 890, 6 set. 2020.

PINTO, M. H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, p. 221-233. 2016.

PINTO, V. G. Programas e políticas de saúde bucal. In: *A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir* (V. G. Pinto, org.), pp. 109-142, Brasília: Editora Santos, 1993.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 56–71, ago. 2006.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 895–910, dez. 2006.

PROBST, L. F. et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4437–4448, dez. 2019.

PUCCA, G. A.; GABRIEL, M.; DE ARAUJO, M. E.; DE ALMEIDA, F. C. S. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *Journal of Dental Research*, v. 94, n. 10, p. 1333–1337, out. 2015.

REIS, P. A. M.; CORRÊA, C. P.; MARTINS, C. B.; GHELLER, M. G. O técnico em saúde bucal: a atuação deste profissional no serviço público de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS*, v. 6, ed. 3, 2017.

ROSSI, T. R. A. et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, dez. 2019.

ROSSI, T. R. A. et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 119, p. 826–836, out. 2018.

SANTIAGO, B. M. et al. A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, p. 49-62. 2016.

SANTOS, N. R. dos. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 113, p. 353–364, abr. 2017.

SHIMIZU, H. E. de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, p. 22, 2013.

SILVA, A. N. et al. A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. [organizadores]. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, p. 100-138. 2016.

SILVA, J. F. M.; CARVALHO, B.G; SANTINI, S. M.L. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. *Revista Gestão & Saúde*, v. 11, n. 3, p. 326–339, 21 dez. 2020.

SILVA, R. O. C.; GRAZIANI, G. F.; DITTERICH, R. G. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. *Tempus - Actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 14, ed. 1, p. 65-75, 2020.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S.; CHAVES, S. C. de L.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1805–1816, jun. 2017.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J.; ROSSI, T. A.; CHAVES, S. O espaço da saúde bucal coletiva: contribuições para compreensão da formulação e implementação das políticas de saúde bucal no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. (org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Bahia: EDUFBA, 2016. p. 137–170.

SOBRINHO, J. E. L.; ROSSI, T. R. A.; MARTELLI, P. J. L.; LIMA, S. C. Qual será a

oferta de serviços de saúde bucal e estimativa de repasses para a atenção básica nos próximos 30 anos? Um estudo de prospecção. *Tempus - Actas de saúde colet*, Brasília, v. 14, ed. 1, p. 89-102, 2020.

SOUZA, C. M. de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00046818, 17 jun. 2019.

SOUZA, C. M. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Dados*, v. 44, n. 3, p. 513–560, 2001.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 509–517, set. 2010.

THELEN, K. Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, Palo Alto, v. 2, p. 369-404, 1999.

VIANNA, S. M. *Perspectivas da assistência odontológica no Brasil*. Campinas-SP, nov. 1978.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M. de; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 3, set. 2019.

ZANETTI, C. H. G.; OLIVEIRA, J. A. A. de; MENDONÇA, M. H. M. de. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 10, n. 2, p. 195–222, out. 2012.

ZANETTI, C. H.G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Revista divulgação saúde em debate*, n.13, p.18-35. 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

- a) idade?
- b) sexo?
- c) qual a sua formação?
- d) qual função você ocupa na gestão?
- e) quanto tempo você atua na gestão?
- f) possui formação ou experiência em gestão da saúde?

QUESTÕES NORTEADORAS DE DISCURSO

BLOCO 1: OFERTA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

- 1- Quais serviços de saúde bucal são ofertados à população?
- 2- Houve mudanças na estrutura das redes de saúde a partir da PNAB 2017, como por exemplo a implantação de novos de serviços, ampliação ou suspensão/fechamento? Se sim, quais razões motivaram essas mudanças?
- 3- Os serviços disponíveis atualmente são ofertados e utilizados somente pelo próprio município ou existem iniciativas de caráter regional?
- 4- Comente sobre os programas e as ações relativos à saúde bucal ofertados hoje em dia no município.
- 5- Alguns desses programas e ações foram implantados, deixaram de ser ofertados ou tiveram mudanças no funcionamento desde a PNAB 2017? Fale sobre as razões que motivaram essas mudanças (pandemia, financiamento, outras mudanças organizacionais, etc).

BLOCO 2: GESTÃO DO TRABALHO

- 6- Quais são as composições das equipes de SB existentes no município atualmente?
- 7- Têm ocorrido mudanças nessa composição das equipes desde a PNAB 2017? Por quais razões?

- 8- Qual (ais) a (s) forma (s) de contratação dos profissionais de SB deste município atualmente (PJ, celetista, estatutário, etc)?
- 9- Houve mudanças na forma de contratação dos profissionais desde a PNAB 2017? Por quais motivos (reforma trabalhista, LRF)?
- 10-Você percebe diferença na atuação e no rendimento dos profissionais de acordo com o seu vínculo de contratação?
- 11-Existe a intenção de contratar ou ampliar as equipes de SB a curto e médio prazo? Comente sobre as dificuldades enfrentadas nesse aspecto.

BLOCO 3: PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

- 12-Como ocorre o planejamento de quais recursos serão investidos em SB no município (sabe quanto recebe, quanto usa de recursos próprios)?
- 13-Qual é a sua participação nesse processo?
- 14-Como são investidos (gastos) os recursos financeiros para a SB no município atualmente?
- 15- Os investimentos em SB foram alterados desde a PNAB 2017 (aumentaram ou diminuíram)? Explique as possíveis razões.
- 16-Existem mecanismos de avaliação dos gastos em SB no município? Comente sobre eles.
- 17-Quais são e como são realizados os processos de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços e ações de SB ofertados no seu município (Previne mudou algo)?

BLOCO 4: ALTERAÇÕES NO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS DO GOVERNO FEDERAL PARA SUS E APS: REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE BUCAL

- 18-Você está acompanhando as mudanças nos repasses financeiros do governo federal para o SUS e especialmente para a APS?
- 19-Quais as suas perspectivas sobre as possíveis repercussões dessas mudanças para a SB no município (no financiamento e na organização dos serviços)?
- 20-Como o município está se organizando para essas mudanças?

APÊNDICE B
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização do sistema de saúde na macrorregião Norte do Paraná

Aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca conforme parecer 4.196.806 e CAAE: 30675420.60000.5240.

Prezado (a) gestor (a),

A presente pesquisa, intitulada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização do sistema de saúde na macrorregião Norte do Paraná”, está sendo desenvolvida por Caroline Pagani Martins, Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti e Wellington Pereira Lopes, do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob a orientação dos (as) Prof (as) Brígida Gimenez Carvalho e Fernanda de Freitas Mendonça. O objetivo do estudo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização do sistema de saúde a nível nacional, regional e local. A finalidade deste trabalho é contribuir para a avaliação das possíveis implicações e desafios a serem enfrentados a partir das mudanças ocorridas, promovendo reflexões sobre financiamento e gestão orçamentária, oferta e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal. Solicitamos a sua colaboração por meio da realização de uma entrevista, cuja duração prevista é de 30 a 40 minutos. Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos Pesquisadores (as). Além disso, seu nome e demais dados pessoais serão mantidos sob sigilo. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os (as) pesquisadores (as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

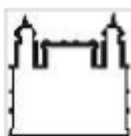
Caso necessite de mais esclarecimentos, entre em contato por meio do e-mail: carol_pagani@hotmail.com.

A partir da assinatura desse termo, você demonstra estar esclarecido sobre aspectos relativos à pesquisa (objetivo, contribuições, seu papel, possíveis riscos e seu direito de participar ou não) e concorda em participar da mesma.

Nome	Cargo	Município	Assinatura

ANEXOS

ANEXO 1
Parecer de aprovação no Comitê de Ética



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Pesquisador: Luciana Dias de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30875420.6.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.196.806

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 4.014.705, em 07/05/2020.

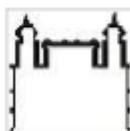
Projeto do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública de Luciana Dias de Lima e financiamento no total de R\$250.000 solicitado ao edital "Atenção Primária de Saúde (PMA) do Programa Inova Fiocruz."

Resumo: "O objetivo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS. O estudo permitirá a produção de conhecimento relevante para apoiar gestores, comunidade acadêmica, profissionais e usuários do SUS na compreensão das políticas em curso, das dimensões inerentes ao financiamento federal da saúde e suas relações com o modelo de organização da APS em âmbito nacional e loco-regional."

Metodologia proposta: "O estudo envolverá três etapas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Mangunhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 01 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

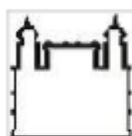
básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo visita a municípios, análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas com gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). Foram selecionados como casos: a. Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Esta região possui cerca de 10 milhões de habitantes, distribuídos em 12 municípios de médio e grande porte populacional. b. Macrorregião Norte do Paraná, onde está situada a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta Macrorregião abrange cinco regiões de saúde e possui cerca de 1,8 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios, a maioria de pequeno porte populacional. A inclusão dessas regiões busca promover maior aproximação dos pesquisadores com o público-alvo."

Metodologia de análise de dados: "Serão adotadas contribuições dos estudos de análises de políticas públicas e da economia política da saúde. O foco de análise estará direcionado para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos,

para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo

Endereço: Rua Leopoldo Buhlões, 1480 - Térreo
Bairro: Mangúinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 02 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo análise de dados secundários, documentos, entrevistas e observação participante. Destaca-se que a pesquisa será desenvolvida a partir da interlocução com gestores da administração pública do SUS atuantes nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e nas Secretarias de Estado de Saúde do Paraná (PR) e Rio de Janeiro (RJ). Junto desses interlocutores, considerados público-alvo direto, foram definidos os produtos desse projeto e o plano de disseminação dos seus resultados, entre os quais se destacam: a) Manual com a sistematização das normas para transferência de recursos federais para a APS.

direcionado aos gestores e técnicos municipais e estaduais.b) Curso de curta duração (8hs) sobre financiamento do SUS, da APS e gestão orçamentária, ofertado no RJ (Ensp) e no PR (UEL).c) Infográfico contendo a

evolução dos componentes das transferências de recursos federais para a APS e seus principais efeitos sobre a configuração do modelo de atenção e gestão.”

Tamanho da amostra: 40

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

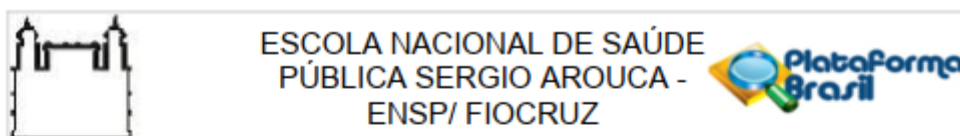
Objetivo Secundário:

- 1) Mapear o conjunto de mudanças nas regras formais que permeiam as transferências de recursos financeiros federais voltados para o SUS, com destaque para a APS.
- 2) Analisar a evolução dos componentes das transferências de recursos federais e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS nos municípios brasileiros.
- 3) Analisar os efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e gestão da APS, em regiões e municípios selecionados nos estados do Rio de Janeiro e do Paraná.
- 4) Identificar tendências relacionadas ao financiamento da APS e à direcionalidade dada ao modelo de atenção pelo governo federal.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Leopoldo Buthões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Mangulhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

Benefícios:

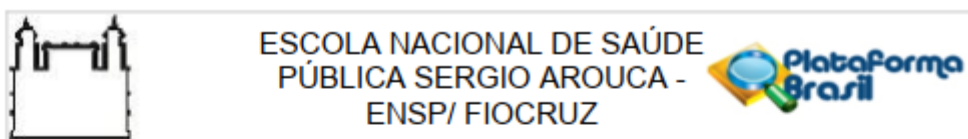
"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf, postado em 26/07/2020.



Continuação do Parecer: 4.196.806

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Documento com as informações sobre a equipe do projeto nomeado QuadroEquipe_CEP.pdf, postado em 10/04/2020.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Carta de aprovação do projeto no edital nomeado res_edital_pma_2020.pdf, postado em 27/07/2020

- Formulário de respostas às pendências nomeado formulario_resp_pend_parecer_4014705.pdf, postado em 26/07/2020

- Roteiro de entrevistas nomeado RoteiroEntrevistas.pdf, postado em 26/07/2020

- Termos de parcerias com instituições:

- TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020

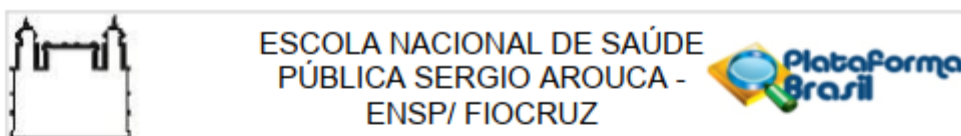
- TermodeParceria_SES_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- Plano de trabalho com universidade parceira nomeado planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf, postado em 26/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.



Continuação do Parecer: 4.196.806

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável nomeado folhaDeRosto_modificada.pdf, postado em 26/07/2020.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.014.705, em 07/05/2020, foram analisadas conforme abaixo:

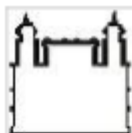
1.Item de pendência:

1.1 Riscos: Prever riscos não considerados no texto, como se poderá ocorrer constrangimento dos participantes durante a entrevista (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V).

Resposta da pendência 1:

A redação foi alterada de forma a explicitar de forma mais clara os riscos aos participantes durante a entrevista.

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores.”

Há algum documento anexado para a pendência 1?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

2. Item de pendência:

1.2 Benefícios: o texto incluído não se refere aos benefícios dos participantes e sim a justificativa do estudo. Incluir benefícios diretos (quando existir) e indiretos para o participante ou comunidade (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V)

Resposta da pendência 2: A redação foi alterada de modo a incluir benefícios diretos e indiretos para o participante e instituição.

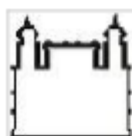
“Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica.”

Há algum documento anexado para a pendência 2?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manginhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 07 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

3. Item de pendência:

1.3 Tamanho da amostra: na seção de riscos menciona 50 pessoas e no item referente ao tamanho da amostra é mencionado 100. Esclarecer e padronizar a informação.

Resposta da pendência 3:

O número máximo de entrevistas a serem realizadas será 40, pois foram excluídos do estudo os dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde. Serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). A informação foi corrigida e padronizada.

Há algum documento anexado para a pendência 3?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

4. Item de pendência:

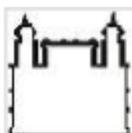
1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

Resposta da pendência 4:

O estudo foi cadastrado como multicêntrico, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram incluídos os seguintes alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL como membros da equipe de pesquisa: Karen Patrícia Wilke Ferreira Rocha e Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.

Como não serão entrevistados dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde, somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do

Endereço: Rua Leopoldo Buhões, 1480 - Térreo			
Bairro: Mangunhos		CEP: 21.041-210	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br	



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), estas instituições não foram inseridas como co-participantes. Entretanto, foram inseridos como documentos os termos de formalização de parcerias instituídas no âmbito do projeto para fins de desenvolvimento do estudo (UEL), dos produtos e divulgação dos seus resultados (com as diretoriais e coordenações das secretarias estaduais de saúde e Cosems).

Há algum documento anexado para a pendência 4?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Além disso foram incluídos os seguintes documentos de formalização de parcerias:

Plano de Trabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final

Termo de Parceria_Cosems_RJ

Termo de Parceria_Cosems_PR

Termo de Parceria_SES_RJ

Termo de Parceria_SESA_CISMEPAR

Termo de Parceria_SESA_Ivaipora

Termo de Parceria_SESA_Apuarana

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

5. Item de pendência:

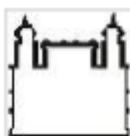
2.1 Especificar quais as instituições coparticipantes que serão captadas as cartas de anuência e incluir justificativa para a não entrega das cartas de anuência (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º, §1º).

Resposta da pendência 5:

O documento "DeclaracaoCEP.pdf" foi excluído pois serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), sendo necessário nesse caso somente o TCLE.

Há algum documento anexado para a pendência 5?

() sim.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

6. Item de pendência:

3.1 No item patrocinador principal consta o nome da Fiocruz. Porém, no documento da Plataforma Brasil foi informado que o projeto ainda será submetido a um edital de fomento da Fiocruz. Adequar a informação (Norma Operacional MS/CNS Nº 001/2013 item 3.4.1 alínea 16). Posteriormente apresentar a carta de aprovação do projeto no edital citado pelo pesquisador (Norma Operacional CNS 001/13 item 3.4.1, 16).

Resposta da pendência 6:

O projeto foi aprovado no âmbito do Edital. A informação foi corrigida da plataforma Brasil. Foi anexada a lista de projetos aprovados do Edital.

Há algum documento anexado para a pendência 6?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi inserido do documento:

resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

não

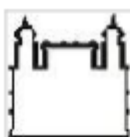
Resposta à pendência: Pendência atendida

7. Item de pendência:

4. Considerações sobre o documento TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020.pdf

4.1 Explicitar que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 5º e 6º).

4.2 Explicitar uma forma de divulgação dos resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 9º). Os meios mencionados (relatórios de pesquisa, artigos científicos e trabalhos em eventos científicos) não se configuram como devolutivos aos participantes de pesquisa.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

4.3 No TCLE Lê-se: "Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Esclarecer. Ainda, se haverá identificação direta este risco da identificação deve estar no item risco da Plataforma Brasil.

4.4 No meio do TCLE tem campo referente a autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica. Adequar, colocando este quesito para o final do documento antes da assinatura do participante; ainda o campo deve ter as opções de autoriza ()sim ()não.

4.5 Incluir a assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa ao final do termo devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.5, alínea "d").

4.6 Esclarecer a forma de abordagem e local das entrevistas. Incluir as afirmações sobre sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Incluir quais serão as medidas tomadas para assegurar o sigilo dos participantes (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.3, alínea "e").

4.7 Incluir um telefone de contato institucional. Ainda, recomenda-se não utilizar telefones pessoais no TCLE.

Resposta da pendência 7:

Todas as solicitações de alteração foram feitas no TCLE e grifadas em amarelo.

Há algum documento anexado para a pendência 7?

(X) sim. TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf

() não

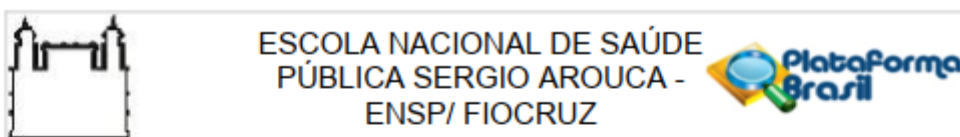
Resposta à pendência: Pendência atendida

8. Item de pendência:

5. Considerações sobre documento faltante:

5.1 Postar o documento que será utilizado para a coleta de dados, ou seja, o ROTEIRO DE ENTREVISTA/questionário que será aplicado nas entrevistas.

5.2 Vale salientar que se as perguntas do questionário forem distintas para os diferentes grupos de pessoas investigados deve-se considerar a necessidade de TCLE específicos para cada grupo, considerando que possa haver diferentes objetivos, riscos e benefícios com a aplicação do instrumento. Esclarecer.



Continuação do Parecer: 4.196.806

Resposta da pendência 8:

O roteiro foi elaborado e postado na plataforma Brasil. O mesmo roteiro será aplicado a todos os entrevistados da pesquisa. Esta informação foi incluída no roteiro.

Há algum documento anexado para a pendência 8?

sim. Roteiro_Entrevistas

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

9. Item de pendência:

6.Referente ao financiamento do estudo:

6.1)Caso o projeto seja contemplado pela instituição de fomento, durante a tramitação do projeto, a pesquisadora deverá anexar carta de aprovação do projeto no edital, ou carta de compromisso de enviar posteriormente via notificação

6.2)Esclarecer como se efetivará a pesquisa caso não seja obtido o financiamento requerido (Norma Operacional 001/13 3.3.e)

Resposta da pendência 9:

A lista de projetos selecionados no âmbito do Edital PMA 2020 foi postada na plataforma Brasil. O item 6.2. não se aplica, pois o projeto foi selecionado.

Há algum documento anexado para a pendência 9?

sim. resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

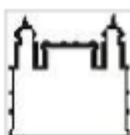
não

Resposta à pendência: Pendência atendida

10. Item de pendência:

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências deverão ser respondidas no "formulário de respostas às pendências", disponível na página eletrônica do CEP e as informações deverão ser atualizadas em TODOS os documentos pertinentes (ex.: no formulário da Plataforma, no projeto na íntegra e em outros documentos pertinentes).



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Documentos alterados a serem anexados após o parecer do CEP deverão ser nomeados com a palavra "modificado".

Ao responder as pendências o pesquisador deve rever o cronograma da pesquisa e atualizá-lo, considerando o tempo necessário à obtenção da aprovação.

Resposta da pendência 10:

Todas as solicitações acima foram atendidas. Informamos que o cronograma prevê o início da pesquisa em 10/08/20 atendendo ao edital PMA 2020.

Há algum documento anexado para a pendência 10?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi anexado:

formulario_resp_pend_parecer_4.014.705

folhaDeRosto_modificada

PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado

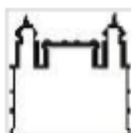
() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

.....
Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

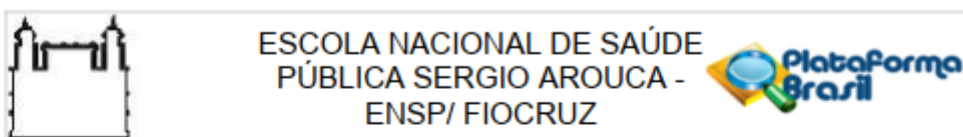
2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	06/08/2020 12:43:44	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceito



Continuação do Parecer: 4.196.806

Outros	705.pdf	12:20:11	Lima	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.pdf	26/07/2020 12:16:22	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Apuarana.pdf	26/07/2020 12:15:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf	26/07/2020 12:14:52	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_CISMEPAR.pdf	26/07/2020 12:14:37	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SES_RJ.pdf	26/07/2020 12:14:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf	26/07/2020 12:14:03	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf	26/07/2020 12:13:46	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	planoetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf	26/07/2020 12:13:01	Luciana Dias de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:09	Luciana Dias de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_modificada.pdf	26/07/2020 11:54:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	QuadroEquipe_CEP.pdf	10/04/2020 14:40:43	Luciana Dias de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))