

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

Caroline Pagani Martins

Cirurgiã-dentista; Especialista em Saúde da Família; Mestre em Saúde Coletiva; Docente do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Positivo Londrina (FPL).

✉ caroline.martins@up.edu.br

Pablo Guilherme Caldarelli

Cirurgião-dentista; Especialista em Saúde Coletiva e da Família; Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva; Doutor em Odontologia; Docente do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Fernanda de Freitas Mendonça

Enfermeira; Especialista em Saúde Coletiva; Mestre em Saúde Coletiva; Doutora em Saúde Coletiva; Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Recebido em 17 de agosto de 2021

Aceito em 11 de abril de 2023

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 à nível 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

Os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil, como a odontologia científica e o modelo 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), em que se previa a transferência de recursos per capita (PAB fixo) e para ações estratégicas específicas (PAB variável), 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 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001), que se incluiu as equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) nas modalidades I e II - sendo a I composta por cirurgia dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB) e a II formada por CD, ASB e técnico em saúde bucal (TSB) - estabelecendo ainda 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, a PNSB estabeleceu linhas de ação, entre as quais constam a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, especialmente por meio da ESF, a ampliação e qualificação da Média Complexidade pela implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e ainda a viabilização de políticas públicas que garantissem a implementação e a vigilância da fluoretação das águas de abastecimento (LUCENA, PUCCA e SOUSA, 2011; BRASIL, 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 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 Previner Brasil, extinguiu o 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 desafios para a consolidação dos pressupostos 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 Regionais 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) (PARANÁ, 2021). 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.

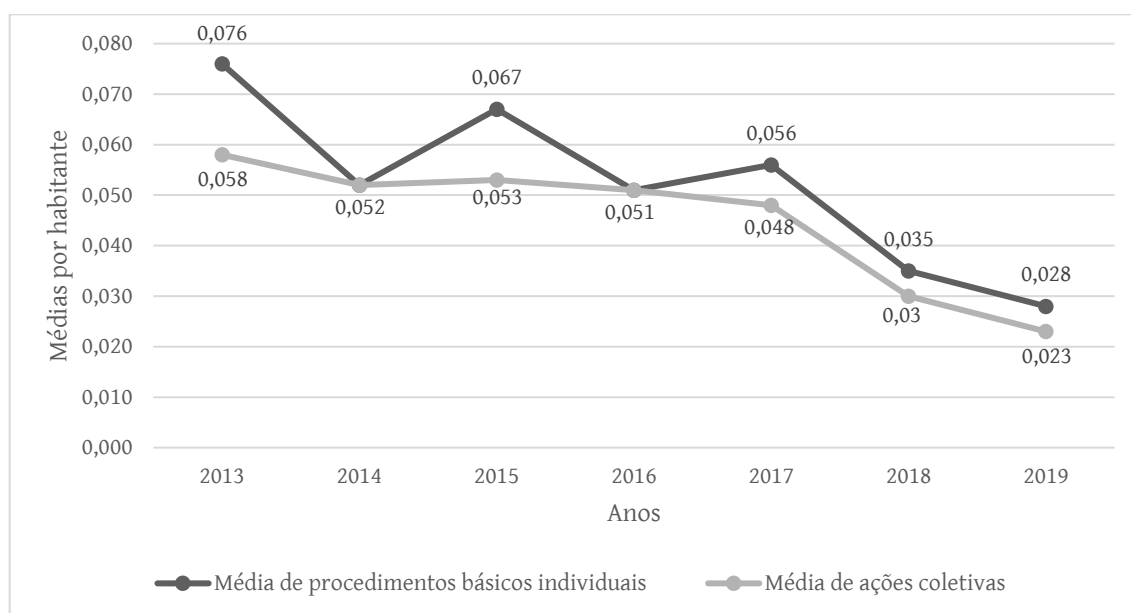
Os dados foram transferidos para o Microsoft Excel®, onde se procedeu com as operações para conhecer os indicadores que exigiam cálculos, como as médias de procedimentos odontológicos básicos individuais e de ações coletivas de saúde bucal, que foram calculadas por meio de divisões nas quais o numerador foi o número de procedimentos/ações realizados e o denominador consistiu na população residente no mesmo local e período. 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 por habitante de procedimentos odontológicos básicos individuais e ações coletivas de saúde bucal 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, 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 tanto na normativa atualmente vigente quanto na anterior para todos os anos analisados. Sobre isso, 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. Esse valor passou a variar entre 2.000 e 3.500 pessoas a partir da Portaria nº 2.539, de 2019, a qual também permitiu o cadastramento de equipes com carga horária diferenciada, sendo que para aquelas que atuam 20 horas por semana o quantitativo populacional vinculado deve ser de 1.000 a 1.500 indivíduos e para as de 30 horas esse número varia entre 1.500 a 2.625 pessoas (BRASIL, 2019b).

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.

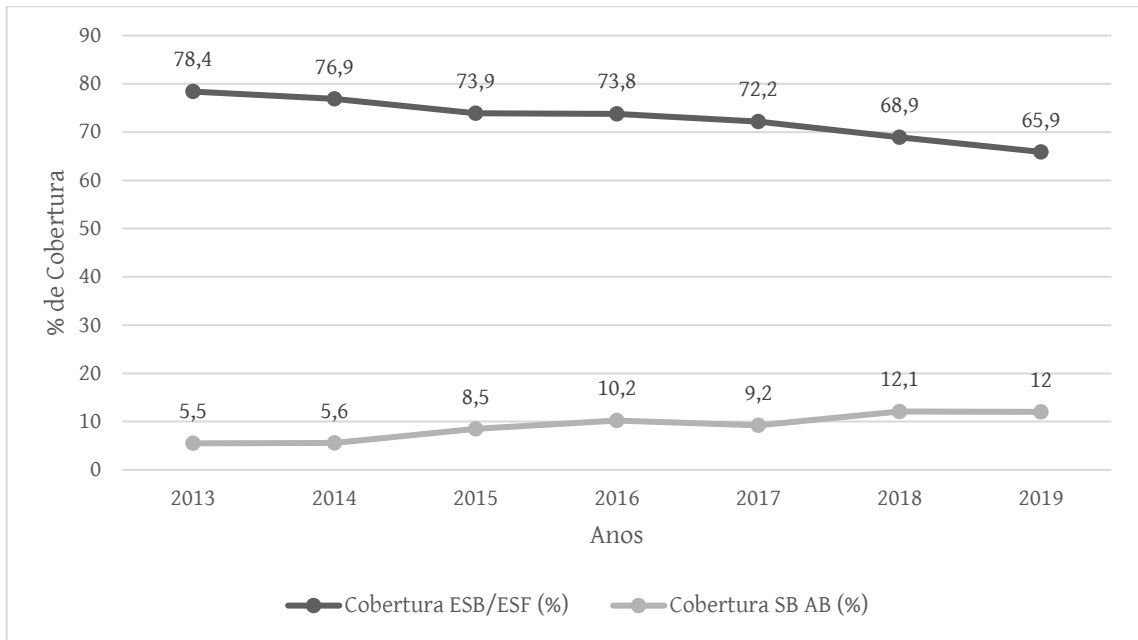
Ano	População total	eSB tipo I	eSB tipo II	Pop. Adscrita por eSB
2013	1.877.148	234	59	6406,6
2014	1.872.556	228	55	6616,8
2015	1.956.986	224	52	7090,5
2016	1.967.304	234	53	6854,7
2017	1.977.411	231	49	7062,2
2018	1.987.330	221	43	7527,8
2019	1.978.882	213	43	7730,0

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

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%.

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%. Em contrapartida, o modelo tradicional tem ganhado 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

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 poderia explicar as quedas em todos os indicadores 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 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).

Referendando os pressupostos estabelecidos na PNAB de 2017, a Portaria nº 2.539, de 2019, permite o cadastramento de equipes de Atenção Primária, as quais se diferenciam daquelas vinculadas à ESF ao tornarem obrigatória somente a presença de médicos e enfermeiros, excluindo os CD (SOBRINHO *et al.*, 2020). Além disso, possibilitou o cadastramento de eSB com carga horária diferenciada, que devem cumprir 20 ou 30 horas semanais e recebem, respectivamente, repasses mensais de R\$ 1.226,50 e R\$ 1.839,75 definidos

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 não permite que as demandas por atendimento odontológico no SUS, marcadas por necessidades acumuladas ao longo de muitos anos, sejam de fato atendidas (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Sendo assim, as limitações da oferta e do acesso a serviços de saúde bucal, que puderam ser constatadas na macrorregião Norte do Paraná pela redução de 65,4% da cobertura de PCOP entre 2013 e 2019 (Tabela 2), podem aumentar ainda mais a prevalência de cárie não tratada, que representa um problema de saúde pública mundial (KASSEBAUM *et al.*, 2017). O enfrentamento desse problema pode ser ainda mais difícil para os municípios de pequeno porte e aqueles localizados em áreas de difícil acesso, por possuírem menor capacidade de geração de receitas próprias e consequentemente 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. Além disso, houve congruência entre os estudos no que tange as quedas no desempenho do indicador de PCOP (Tabela 2).

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 haviam 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.

Sobre isso, 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. O MS reconhece que, para as avaliações em saúde, utilizar apenas um indicador é menos efetivo que o uso de um conjunto deles (CORRÊA e CELESTE, 2015). Todavia, no que tange a odontologia, o caminho oposto tem sido seguido.

Pode-se citar, por exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que em seus dois primeiros ciclos contava com sete indicadores, enquanto no terceiro esse número foi reduzido para três. Já no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), para 2017 a 2021 foram suprimidos dois dos três indicadores empregados entre 2013 e 2015 (SILVA, GRAZIANI e DITTERICH, 2020). O Previnir 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 se 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 estimarem 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, onde 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.scielo.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.scielo.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.

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, 2019.

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/opinioao/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.
- 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.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).