

## Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021

Oral Health Policy in Brazil:  
changes and ruptures during the period 2018-2021

Lília Paula de Souza Santos (<https://orcid.org/0000-0002-2647-0014>)<sup>1</sup>  
Ana Maria Freire de Souza Lima (<https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>)<sup>2</sup>  
Sônia Cristina Lima Chaves (<https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>)<sup>1</sup>  
Débora Maria Oliveira Cruz Vilela (<https://orcid.org/0000-0002-5363-3333>)<sup>1</sup>  
Ana Paula Portugal Chagas Valente (<https://orcid.org/0000-0003-4913-2138>)<sup>1</sup>  
Thaís Regis Aranha Rossi (<https://orcid.org/0000-0002-2561-088X>)<sup>3</sup>

**Abstract** *This study analyzed the implementation of Brazil's National Oral Health Policy during the period 2018-2021, covering institutional actions, implementation of public dental services, results achieved, and federal funding. We conducted a retrospective descriptive study using documentary analysis and secondary data obtained from institutional websites, government information systems, and reports published by dental organizations. The findings show a significant reduction in funding between 2020 and 2021 and declining performance against indicators since 2018, such as coverage of first dental appointments and group supervised tooth brushing, which stood at 1.8% and 0.02%, respectively, in 2021. Federal funding dropped in 2018 and 2019 (8.45%), followed by an increase in 2020 (59.53%) and decrease in 2021 (-5.18%). The study period was marked by economic and political crises aggravated by the COVID-19 pandemic. This context influenced the functioning of health services in Brazil. There was a sharp reduction in performance against oral health indicators, while performance in primary health care and specialized care services remained stable.*

**Key words** *Health policy, Monitoring, Oral health, Dental care*

**Resumo** *Analisou-se a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil no período 2018-2021, através das ações institucionais, implantação dos serviços, resultados alcançados e financiamento federal. Estudo de monitoramento, a partir da análise documental e de dados secundários, obtidos em sites institucionais, sistemas de informações governamentais e notícias publicadas por entidades odontológicas. Todos os indicadores de resultados monitorados apresentaram expressiva redução dos valores entre 2020-2021, com agravamento desde 2018, como a cobertura da primeira consulta odontológica e ação coletiva de escovação dental supervisionada, que chegou a 1,8% e 0,02% em 2021, respectivamente. Observa-se uma queda do financiamento federal nos anos 2018-2019 (8,45%), com crescimento em 2020 (59,53%) e nova diminuição em 2021 (5,18%). O período analisado foi marcado por crise econômica e política, agravadas pela crise sanitária, decorrente da pandemia do COVID-19. Contexto que influenciou o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. No caso particular da saúde bucal, verificou-se progressiva e acentuada redução dos resultados, ainda que a implantação dos serviços de atenção básica e especializada tenha se mantido estável.*

**Palavras-chave** *Política de saúde, Monitoramento, Saúde bucal, Assistência odontológica*

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s/n, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. [lilia\\_paula@yahoo.com.br](mailto:lilia_paula@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Salvador BA Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado da Bahia. Salvador BA Brasil.

## Introdução

A partir de 2003 verifica-se uma nova resposta estatal para os problemas de saúde bucal da população brasileira, com a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, cujos componentes prioritários foram a expansão das equipes de saúde bucal (eSB) na Atenção Básica (AB) e organização da Atenção Especializada (AE), com criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), a partir de 2004. Destacaram-se também ações no âmbito da promoção da saúde, como realização de procedimentos coletivos e fluoretação das águas de abastecimento público, e da vigilância em saúde bucal, através de estudos epidemiológicos periódicos e criação de Centros Colaboradores junto a universidades, que atuaram principalmente na avaliação dos CEO e na vigilância da fluoretação<sup>1,2</sup>.

Houve crescimento na oferta e cobertura potencial de serviços entre 2003 e 2006 e manutenção nos períodos 2007-2010 e 2011-2014, com cenário político mais restritivo após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016<sup>2,3</sup>. De 2016 a 2018, período do Governo Temer, a instabilidade política, econômica e medidas de austeridade fiscal, sobretudo a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, a qual limitou e congelou os gastos públicos federais até 2036, impactaram diretamente o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a PNSB<sup>4,5</sup>. Além disso, em 2017, o MS publicou nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que, entre outros aspectos, flexibilizou os modelos de implantação das equipes de AB<sup>6</sup>. Nesse período, houve sucessivas mudanças na Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) do Ministério da Saúde (MS), e observou-se redução dos resultados de indicadores monitorados na AB e AE<sup>2,3</sup>.

Em 2019, inicia-se o Governo Bolsonaro, cujo primeiro Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, defendeu no seu discurso de posse um “sistema privado forte” e “solidário”<sup>7</sup>. No mesmo ano, o MS lançou o Programa Previnde Brasil, estabelecendo novos critérios de financiamento federal da AB, baseado na população cadastrada e avaliação de desempenho<sup>8</sup>. A eSB, CEO e LRPD ficaram no grupo das ações estratégicas, e o único indicador de saúde bucal acompanhado passou a ser a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado pela eSB<sup>8</sup>, coerente com a proposta de governo divulgada em campanha eleitoral, que

fez referência somente à atenção à saúde bucal da gestante, no modelo materno-infantil. A inserção do condicionamento ao repasse de recursos federais apenas à população cadastrada pode configurar-se numa barreira para que o financiamento atinja o total da população brasileira, e uma ameaça a cobertura potencial da AB e ao princípio da universalidade do SUS<sup>9</sup>. Essas mudanças foram influenciadas pela agenda do Banco Mundial, na perspectiva do conceito de “cobertura universal em saúde”, que prioriza a implantação de serviços básicos, focalizados, e cobertura populacional de seguros de saúde, públicos ou privados, em detrimento dos sistemas públicos universais<sup>10</sup>.

O ano 2020, onde se iniciaria o monitoramento da implantação dessas mudanças na AB e financiamento da saúde, foi marcado pela pandemia do novo coronavírus<sup>11</sup>. Em março de 2020, o MS declarou situação de transmissão comunitária em território nacional<sup>12</sup> e a CGSB recomendou em Nota Técnica suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo apenas as urgências<sup>13</sup>. Análises preliminares mostraram significativa redução dos procedimentos odontológicos no SUS nesse período<sup>14,15</sup>. A reorganização dos serviços de saúde para enfrentamento da pandemia, com foco na atenção hospitalar em detrimento da AB, também contribuiu para esta redução<sup>15,16</sup>. O ano 2021 continuou atravessado pela crise sanitária, com destaque para o início da vacinação contra a COVID-19<sup>17</sup>. Devido à pandemia, a cobrança de cumprimento das novas regras de financiamento do Previnde foi adiada<sup>18,19</sup>. Assim, os valores federais foram repassados integralmente em 2020 e 2021, independente do quantitativo de cadastros e do alcance dos indicadores<sup>18,19</sup>.

O monitoramento e análise das transformações da PNSB vem sendo realizada pelo Observatório de Análise Política em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com dados desde 2003, considerando quatro componentes: ações institucionais, implantação dos serviços públicos odontológicos, resultados alcançados e financiamento federal. Nesse sentido, o presente estudo atualizou esse acompanhamento sistemático da política de saúde bucal no Brasil, com foco no período de 2018 a 2021.

## Método

Estudo retrospectivo, descritivo, de monitoramento das ações institucionais, implantação dos serviços públicos odontológicos, resultados

alcançados e financiamento público, a partir da análise documental de arquivos e conteúdos disponíveis em sites institucionais do MS e dados secundários disponíveis nos sistemas de informação. O Quadro 1 apresenta a descrição dos componentes analisados e as respectivas fontes dos dados.

O indicador “cobertura de primeira consulta odontológica programática” foi escolhido por representar a proporção da população brasileira que utilizou o serviço odontológico no âmbito da AB; e o indicador “Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada”, representa a realização de ações coletivo-preventivas em saúde bucal e estima a proporção de indivíduos que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão profissional, podendo apontar mudanças no modelo de atenção<sup>20,21</sup>.

Os indicadores a) e b) da AE (Quadro 1) constituem produção ambulatorial realizada

apenas nos CEO, considerando que esses seriam os procedimentos típicos do serviço especializado que é referência para a atenção primária em saúde bucal. E o indicador c) constitui produção ambulatorial realizada pelos serviços de prótese dentária (LRPD).

Para análise do financiamento foram coletados os valores brutos relacionados a cada ano e estes foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o mês de dezembro de 2021, para fim de comparabilidade entre si. Para a correção dos valores utilizou-se a calculadora oficial do Banco Central (<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0>).

Em 2018 e 2019, com a mudança de repasses federais em blocos de capital e custeio<sup>6</sup>, os recursos destinados à Saúde Bucal na AB encontravam-se no site do FNS. Os repasses para a AE não estavam disponíveis para consulta. Em 2020 e 2021, os dados para a AB e AE foram coletados

**Quadro 1.** Descrição dos componentes da PNSB analisados no estudo e respectivas fontes dos dados.

Componente(s)	Descrição	Fonte(s)
Ações institucionais	Iniciativas do nível federal, em especial aquelas da CGSB	Diário Oficial da União, Portais oficiais do Ministério da Saúde
Implantação (oferta de serviços)	Oferta de eSB na AB Número de CEO e de LRPD Cobertura da saúde bucal na AB	e-Gestor Atenção Básica, SAGE, SAPS
Resultados (indicadores dos serviços de saúde)	Indicadores da AB: • Cobertura de primeira consulta odontológica programática; • Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada. Indicadores da AE: a) número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal (enxerto gengival - cod. 0414020081; gengivectomia-por sextante - cod. 0414020154; gengivoplastia-por sextante - cod. 0414020162; tratamento cirúrgico periodontal-por sextante - cod. 0414020375); b) número absoluto de tratamento endodôntico realizado (obturação de dente permanente unirradicular - cod. 0307020061; obturação de dente permanente birradicular - cod. 0307020045; obturação de dente permanente de três ou mais raízes - cod. 0307020053; selamento de perfuração radicular - cod. 0307020118); c) número absoluto de próteses dentárias produzidas (prótese total mandibular - cod. 0701070129; prótese total maxilar - cod. 0701070137; prótese parcial mandibular removível - cod. 0701070099; prótese parcial maxilar removível - cod. 0701070102; próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas-por elemento - cod. 0701070145).	DATASUS - SIA-SUS
Financiamento federal da política	Repasso fundo a fundo do nível federal relacionados as rubricas de saúde bucal no PAB variável, AE e investimento.	FNS, e-Gestor Atenção Básica

Legenda: CGSB (Coordenação Geral de Saúde Bucal); eSB (equipe de Saúde Bucal); AB (Atenção Básica); CEO (Centro de Especialidades Odontológicas); LRPD (Laboratório Regional de Prótese Dentária); AE (Atenção Especializada); SAGE (Sala de Apoio a Gestão Estratégica); SAPS (Secretaria de Atenção Primária   Saúde); SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS); PAB (Piso da Atenção Básica); FNS (Fundo Nacional de Saúde); cod. (códigos do SIA-SUS)

no site e-Gestor AB, pois no FNS os valores de repasses para a saúde bucal estão apenas nos recursos de capital na Atenção Primária.

São apresentados dados de anos anteriores a 2018 para possibilitar melhor análise do período recente e possíveis tendências na série histórica. A coleta foi realizada em fevereiro de 2022, por uma única pesquisadora, utilizando o programa Tab para Windows® (TABWIN) e exportados para o programa Microsoft Excel® (2007). A análise da série histórica foi feita articulando a implantação dos serviços por nível, AB e AE, com os resultados alcançados nos indicadores dos serviços de saúde bucal selecionados em cada nível (Tabelas 1 e 2).

## Resultados e discussão

### As transformações da PNSB nos Governos Temer e Bolsonaro

No período de 2018 a 2021 o número de cirurgiões-dentistas (CD) registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO) teve aumento de 20,1% e o número de cursos de odontologia e de vagas nestes cursos nos setores privado e público, respectivamente, aumento de 54,8% e 21,1%. Sendo, portanto, o setor privado maior responsável por este crescimento (Quadro 2). O SUS e a expansão dos serviços de saúde bucal pela PNSB, a partir de 2004, influenciou a distribuição dessa força de trabalho crescente no país. E, programas como o Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e o Programa Universidade para Todos (PROUNI) contribuíram com a expansão do setor privado de ensino, onde predomina a lógica do capital, da educação como mercadoria<sup>22</sup>.

Houve aumento de 13,4% das eSB na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e diminuição de 11,3% das eSB na AB, com diminuição também da cobertura populacional de eSB (-6,57%). O número de CEO implantados entre 2018 e 2021 também aumentou (3,2%). Entretanto, durante o Governo Bolsonaro, este serviço apresentou discreta diminuição, com provável fechamento de alguns CEO, e a cobertura populacional permanece muito baixa. Já os serviços de prótese dentária apresentaram aumento de 65,3% (Quadro 2).

Durante o Governo Temer, a CGSB do MS foi ocupada pela CD Livia Maria Almeida Coelho de Souza. Já no Governo Bolsonaro, a Saúde Bucal passou os 4 primeiros meses do mandato sem coordenação, ocupada posteriormente pela CD Rogéria Cristina Calastro de Azevedo (12

meses), seguida do empresário de eventos Vivaldo Pinheiro Guimarães Júnior (1 mês) e pela CD Caroline José Martins dos Santos (15 meses). Em dezembro de 2021, a CGSB passou a ser liderada pelo CD Wellington Carvalho<sup>23</sup>. Entidades odontológicas manifestaram-se contrárias à nomeação de Vivaldo, sobretudo por não ser CD e não ter nenhuma relação com a odontologia<sup>23</sup>. Reportagens na mídia nacional relataram que sua nomeação teria sido resultado de acordos partidários completamente alheios à critérios técnicos<sup>24</sup>. Destaca-se que a CGSB foi liderada pelo mesmo coordenador nacional, durante o período 2003 a 2015. A partir de outubro de 2015, as sucessivas mudanças na coordenação geraram instabilidade na condução nacional da política, com descontinuidades tanto no financiamento, quanto na implementação de componentes criados, a exemplo do GraduaCEO, lançado em 2014<sup>25</sup>. A prioridade presidencial conferida à saúde bucal no Governo Lula sofreu redução no Governo Dilma, e, não existiu no Governo de Michel Temer, o qual foi pautado por uma agenda de austeridade e estímulo à privatizações no setor saúde<sup>25</sup>. Como reforça Narvai<sup>5</sup>, mesmo com a manutenção dos serviços de saúde bucal, a partir da ruptura política, que destituiu o Governo Dilma em 2015, não estão mais presentes as condições objetivas para a PNSB, concebida em 2003.

O Governo Temer embasou suas medidas de contrarreforma em alguns documentos – “Agenda Brasil” (08/2015), “Uma ponte para o futuro” (10/2015) e “Travessia social” (04/2016) –, todos com defesa da mercantilização na saúde, com destaque para as propostas de Planos de Saúde Populares<sup>7</sup>. Neste governo, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, em seu discurso de posse fala que é necessário reduzir o SUS e repensar o acesso universal à saúde, justificando que não havia capacidade financeira para sustentação do sistema público de saúde, defendendo a proposta dos planos populares<sup>7</sup>. Em 2017 foi publicada a nova PNAB, sem aprovação do Conselho Nacional de Saúde, e com diversas críticas contrárias ao texto por parte de especialistas, gestores, sanitaristas, entidades da Saúde Coletiva e movimentos sociais defensores da Reforma Sanitária Brasileira<sup>26</sup>. A literatura aponta que as mudanças prejudicam o modelo da ESF e podem comprometer conquistas alcançadas na AB brasileira nas últimas duas décadas<sup>26</sup>. Chama atenção, nesse mesmo ano, divulgação pelo Governo Temer do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, com proposta de construção de novo sistema de saúde para o país,

**Quadro 2.** Mercado de trabalho e formação profissional, oferta de serviços públicos odontológicos e ações institucionais nos governos Temer (2018) e Bolsonaro (2019-2020).

Categorias analisadas	Temer	Bolsonaro		
	2018	2019	2020	2021
Nº de CD, cursos de odontologia, vagas oferecidas <sup>a</sup>	CD: 298.876 Cursos: 385 (66 púb. e 319 priv.) Vagas: 67.761 (6.443 púb. e 61.318 priv.)	CD: 317.604 Cursos: 470 cursos (66 púb. e 404 priv.) Vagas: 80.130 (5.780 púb. e 74.350 priv.)	CD: 333.220 Cursos: 548 cursos (65 púb. e 483 priv.) Vagas: 76.297(5.093 púb. e 71.204 priv.)	CD: 358.952 Cursos: 596 cursos (65 púb. e 531 priv.) Vagas: 82.085 (5.093 púb. e 76.992 priv.)
Oferta (disponibilidade) da atenção odontológica pública <sup>b</sup>	eSB/ESF: 28.050 eSB/AB: 8.616 Cobertura Pop.: 52,71% CEO: 1.139 LRPD: 1.970	eSB/ESF: 28.991 eSB/AB:8.181 Cobertura Pop.: 52,97% CEO: 1.175 LRPD: 2.076	eSB/ESF: 29.391 eSB/AB: 6.647 Cobertura Pop.: 51,06% CEO: 1.173 LRPD: 2.884	eSB/ESF: 31.821 eSB/AB: 7.118 Cobertura Pop.: 46,14% CEO: 1.174 LRPD: 3.256
Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS <sup>c</sup>	Lívia Maria Almeida Coelho de Souza	Janeiro a abril/2019 - sem coordenação; Rogéria Cristina Calastro de Azevedo (05/2019)	Rogéria Cristina Calastro de Azevedo (até 05/2020); Vivaldo Pinheiro Guimarães Júnior (06/2020 a 07/2020); Caroline José Martins dos Santos (08/2020)	Caroline José Martins dos Santos (até 11/2021); Wellington Mendes Carvalho (12/2021)
Ações institucionais <sup>d</sup>	CEO e LRPD financiados com recursos da AB desde janeiro de 2018; Instituição do Grupo de Trabalho para elaborar estratégias sobre a Odontologia Hospitalar no SUS; Portarias de suspensão de pagamentos ou descredenciamento de eSB, UOM, CEO e LRPD com ausência de informações no SISAB ou irregularidades conforme nova PNAB (2017); Publicação do livro “A saúde bucal no Sistema Único de Saúde” com diretrizes atualizadas; Projeto SB Brasil 2020.	Criação do Programa Previne Brasil e mudanças no financiamento e avaliação da APS; Publicação do Manual de confecção de próteses dentárias pela técnica de polimerização por micro-ondas e da Pesquisa em saúde oral em Maputo (Cooperação, MS Brasil com MS Moçambique); Veto do presidente da República, ao PL nº 34/2013, que tornaria obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em internação hospitalar.	Publicações sobre a COVID-19 (funcionamento e orientações para organização dos serviços de saúde bucal); Incentivo financeiro para reorganização dos ambientes e redução do risco; Credenciamento e incentivo financeiro para eSB com carga horária diferenciada (20h e 30h) e Programa Saúde na Hora; Reajuste de 10% nos valores do custeio das eSB (Mod. I e II); Consulta pública sobre o SB Brasil 2020.	Instituição de Câmara Técnica Assessora na SAPS; Mudanças no registro das equipes da AB no CNES e criação do INE para financiamento, monitoramento e avaliação; Portarias com novas regras de custeio das eSB, alteração dos prazos de início das regras do Previne Brasil; Atualização de Nota Técnica sobre LRPD; Consulta pública “Diretrizes para a prática clínica na atenção primária - Tratamento Odontológico em Gestantes”; Inclusão de função serviços odontológicos mais próximos no App. “Conecte SUS”; Atualizações sobre atendimento odontológico no SUS e a COVID-19.

CD=cirurgião-dentista; eSB=equipe de saúde bucal; ESF= equipe de saúde da família; AB=Atenção Básica; CEO=Centro de Especialidades Odontológicas; LRPD=Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; púb.=públicos; priv.=privados; UOM=Unidades Odontológicas Móveis; SISAB=Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica; PNAB=Política Nacional de Atenção Básica; CNES=Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; INE=Identificador Nacional de Equipe.

Fontes: <sup>a</sup>CFO (2018; 2019; 2020; 2021); Sistema e-MEC (2018; 2019; 2020; 2021); <sup>b</sup>Sistema e-Gestor, Ministério da Saúde; <sup>c</sup>Diário Oficial da União (2018; 2019; 2020; 2021); <sup>d</sup>Ministério da Saúde (consulta aos portais oficiais). Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS).

com forte articulação com o setor empresarial iniciada desde 2014<sup>7</sup>.

No final do Governo Temer, as principais ações institucionais na saúde bucal envolveram

**Tabela 1.** Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB), Cobertura populacional estimada eSB ESF (%), Cobertura populacional estimada SB AB (%), Número de primeira consulta odontológica, cobertura de primeira consulta odontológica (%), número de ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%) no Brasil entre 2003-2021.

Ano	Equipes de Saúde Bucal <sup>a</sup>	Cobertura populacional eSB ESF (%) <sup>b</sup>	Cobertura populacional SB AB (%) <sup>b</sup>	Nº absoluto de 1ª consulta odontológica <sup>c</sup>	Cobertura 1ª consulta odontológica (%) <sup>c</sup>	Nº absoluto de ação coletiva de escovação dental supervisionada <sup>c</sup>	Cobertura ação coletiva de escovação dental supervisionada (%) <sup>c</sup>
2003	6.170	-	-	21.298.352	11,8	-	-
2004	8.951	-	-	20.618.072	11,3	-	-
2005	12.603	-	-	21.901.287	11,8	-	-
2006	15.086	-	-	22.142.231	11,8	39.476.016	1,8
2007	17.508	29,89	46,19	22.378.902	11,8	52.934.420	2,3
2008	19.280	33,29	49,46	26.843.628	14,0	57.693.648	2,5
2009	20.626	34,61	49,84	27.156.753	14,0	60.304.340	2,6
2010	21.999	36,53	50,84	26.043.708	13,3	63.527.864	2,7
2011	23.076	38,35	52,71	29.449.468	14,9	62.504.333	2,6
2012	23.586	38,89	53	26.395.480	13,2	54.380.251	2,3
2013	24.131	39,38	52,87	29.526.595	14,7	53.246.037	2,2
2014	25.327	39,84	52,47	27.093.617	13,4	57.151.878	2,3
2015	25.891	40,27	52,13	29.925.575	14,6	50.543.350	2,1
2016	25.827	39,93	51,67	21.661.874	10,5	37.078.584	1,5
2017	27.082	41,21	51,94	17.285.242	8,3	29.556.869	1,2
2018	28.050	42,14	52,71	10.157.447	4,9	16.892.877	0,7
2019	28.991	43,07	52,97	9.053.373	4,3	12.604.942	0,5
2020	30.606	44,95	56,11	3.555.070	1,7	1.491.899	0,06
2021	31.821	46,14	56,61	3.765.250	1,8	604.337	0,02

<sup>a</sup> Dados de 2003 a 2006: total de ESF Mod. I e Mod. II. De 2007 a 2021: dado referente ao total de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (vinculadas à equipe da ESF), disponibilizado na seção "Histórico de Cobertura/Cobertura de Saúde Bucal". De 2003 a 2021: dados referentes a dezembro. <sup>b</sup> Dados referentes ao mês de dezembro, disponibilizados na seção "Histórico de Cobertura/Cobertura de Saúde Bucal". <sup>c</sup> Dados de janeiro a dezembro disponibilizados no SIA-SUS.

Fonte: Autoras, com base nos dados do e-Gestor Atenção Básica e SIA-SUS, Ministério da Saúde. Dados coletados em 12.08.2021 e atualizados em 10.02.2022.

mudança no financiamento do CEO e LRPD, que foram incorporados aos recursos da AB, lançamento do Projeto SB Brasil 2020 e publicação do livro "A saúde bucal no SUS", que atualiza o Caderno 17 da Atenção Básica Saúde Bucal<sup>27</sup>. Esse livro foi produzido ainda no Governo Dilma, porém, a sua publicação foi interrompida pela crise no governo federal e instabilidades na CGSB entre 2015 e 2016, sendo retomada pela gestão de Lívia Souza, em 2017<sup>25</sup>. Ocorreram também suspensão de pagamento e descredenciamento de serviços de saúde bucal com a justificativa de ausência de informações no SISAB e/ou irregularidades em relação a nova PNAB (2017) (Quadro 2).

Já no Governo Bolsonaro, em 2019, uma das primeiras ações foi a criação do Programa Previne Brasil, com mudanças no financiamento e sistemas de avaliação da AB, extinguindo o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da

Atenção Básica e do CEO (PMAQ-AB e PMAQ-CEO). Os efeitos da extinção do PMAQ necessitam ser melhor compreendidos, mas há estudos que ressaltam os resultados alcançados pelo programa, criado em 2011, e alertam para os prejuízos de sua descontinuidade<sup>28,29</sup>.

O repasse das transferências fundo a fundo do bloco de custeio para os municípios passou a ser por capitação ponderada, baseado no quantitativo de pessoas cadastradas nas eSF e outras equipes de Atenção Primária (eAP) ou por desempenho<sup>8,19</sup>. Devido a pandemia, a maior parte dessas mudanças só entraram em vigor no 2º semestre de 2021<sup>18</sup>. Para os formuladores do Previne Brasil, este modelo aumentará o financiamento e induzirá ampliação do acesso e maior equidade na alocação de recursos, com o argumento de que seriam repassados mais recursos para equipes que se responsabilizam com grupos

**Tabela 2.** Número total de CEO, LRPD, tratamentos endodônticos, procedimentos periodontais realizados e próteses dentárias entregues nos serviços públicos odontológicos no Brasil entre 2003-2021.

Ano	Nº de CEO	Nº de LRPD	Nº de tratamento endodônticos realizados	Nº de procedimentos periodontais realizados	Nº de próteses dentárias entregues
2003	-	-	405.697	188.888	79.023
2004	100	-	425.156	199.598	87.082
2005	336	36 <sup>a</sup>	430.485	208.302	52.467
2006	498	152 <sup>a</sup>	477.183	265.860	55.427
2007	604	274 <sup>a</sup>	592.759	328.243	92.029
2008	674	298 <sup>a</sup>	527.474	403.330	143.814
2009	808	327 <sup>a</sup>	598.708	289.970	141.274
2010	853	678 <sup>b</sup>	676.375	287.364	178.609
2011	882	808 <sup>b</sup>	678.126	294.908	292.976
2012	944	1.351 <sup>b</sup>	685.531	309.822	394.329
2013	988	1.465 <sup>b</sup>	683.141	285.757	461.525
2014	1.030	1.955 <sup>b</sup>	674.643	329.737	600.065
2015	1.034	1.770 <sup>b</sup>	676.444	377.649	624.818
2016	1.072	2.349 <sup>c</sup>	635.686	374.891	663.700
2017	1.115	2.520 <sup>c</sup>	556.149	450.765	632.907
2018	1.139	2.666 <sup>c</sup>	592.132	337.267	720.321
2019	1.175	2.863 <sup>c</sup>	642.021	341.248	822.982
2020	1.173 <sup>d</sup>	2.997 <sup>c</sup>	296.655	211.363	505.116
2021	1.174 <sup>e</sup>	3.256 <sup>c</sup>	379.774	235.522	618.005

<sup>a</sup>Souza, 2013<sup>33</sup>. <sup>b</sup>Dados coletados em novembro de 2018 em: <http://sage.saude.gov.br/>. <sup>c</sup>Dados coletados em fevereiro de 2022 em: <https://datasus.saude.gov.br/informações-de-saúde-tabnet/>. <sup>d</sup>Dados coletados em março de 2021 em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>. <sup>e</sup>Dados coletados em apresentação da Coordenadora Geral de Saúde Bucal (<https://www.youtube.com/watch?v=bK2GCxvL3cA>).

Fonte: Autoras, com base nos dados coletados de janeiro a dezembro no SIA-SUS, Ministério da Saúde. Dados coletados em 12.02.2022.

socioeconomicamente vulneráveis e para municípios mais pobres e remotos<sup>30</sup>. No entanto, verifica-se ênfase na focalização da AB e reformas na direção de uma AB cada vez mais restritiva, sob a influência da diretriz de “cobertura universal da saúde” defendida pelo Banco Mundial, cuja ideia é priorizar os mais pobres na presença de recursos escassos<sup>8</sup>.

O debate ao interior do campo científico da Saúde Coletiva está ainda em curso, estudos apontam a prevalência da concepção de “SUS para pobres”, se opondo ao princípio da universalidade, com crescimento do projeto privatista, em detrimento do projeto da Reforma Sanitária, ou mesmo o da Reforma Sanitária “flexibilizada”, no qual o SUS foi implementado com concessões à proposta original e contínuo subfinanciamento e “rebaixamento”<sup>27,9,26</sup>.

Em 2020, com a pandemia de COVID-19, inicialmente, houve orientação de suspensão dos serviços de saúde bucal, contudo o MS manteve os repasses para possibilitar atendimentos à ur-

gência e emergência no SUS<sup>12</sup>. Foram lançadas publicações e notas técnicas para orientar o atendimento odontológico neste contexto de pandemia e recursos para adequações<sup>13</sup>.

Em 2021 também ocorreram mudanças no registro das equipes da AB no CNES com a criação do INE (Identificador Nacional de Equipe), com isto o financiamento do custeio da AB, que ocorria por quantidade, passou a ocorrer por identificação específica de equipe/estabelecimento. A normativa defende que o repasse pelo INE possibilita maior transparência das informações para gestores municipais<sup>31</sup>. Contudo, o monitoramento dessas alterações e análise dos seus desdobramentos se faz necessário.

Por fim, no cenário nacional, destaca-se também o veto do Presidente Bolsonaro ao PL nº 34/2013, que tornaria obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar. As entidades odontológicas emitiram publicações contrárias ao veto, particularmente o CFO, a Federação Interestadu-

al de Odontologistas e a Federação Nacional dos Odontologistas<sup>32</sup>.

### **Manutenção da Implantação e decrescimento dos Resultados**

Quanto às eSB implantadas, no período 2018-2021, houve aumento de 18,44%. Destaca-se o ano 2020 pelo aumento de 1.615 (5,57%) equipes em relação a 2019, relacionado ao credenciamento de 1,8 mil eSB com horário diferenciado (20/30 horas semanais), em 272 municípios<sup>33</sup>. A cobertura populacional de saúde bucal na ESF alcançou 46% em 2021. À cobertura populacional da saúde bucal na AB aumentou no período, de 52,71% em 2018 para 56,11% em 2020, apresentando estabilidade uma em 2021 (56,61%) (Tabela 1). Quanto à implantação de CEO e LRPD, a série histórica mostra estabilização do número de CEO em torno de 1.100 serviços desde 2014. De 2018 a 2021 houve aumento de 3,1% no quantitativo de CEO. Já para o LRPD, no período de 2018 a 2021 houve um aumento de 22,1% (Tabela 2).

O MS justificou a flexibilização da carga horária profissional nas equipes da APS para conferir mais autonomia aos municípios na organização dos serviços, além de argumentos de maior eficiência e desempenho, contudo, sanitaristas, gestores e conselhos de saúde têm alertado para as intenções mercadológicas e privatizantes do Previne Brasil, comprometendo às conquistas alcançadas pelo modelo de atenção da ESF, baseado no foco territorial, na longitudinalidade do cuidado e no vínculo prioritário<sup>34</sup>.

O monitoramento da implantação de eSB na ESF revelou que após 21 meses de publicação da nova PNAB (2017), 6,7% dos municípios brasileiros reduziram a quantidade de eSB, com maior redução nas regiões Sul e Nordeste, em municípios com maior porte populacional e maior desigualdade social<sup>35</sup>. Esta redução pode levar à diminuição do acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente aos que mais têm necessidade<sup>35</sup>. Outros estudos têm demonstrado que a oferta dos serviços de saúde bucal no Brasil ocorre de forma desigual, assim, populações de municípios com piores condições socioeconômicas são mais expostas a procedimentos mutiladores em saúde bucal, já que não possuem uma Rede de Atenção à Saúde Bucal integrada e distribuída de forma equânime<sup>36</sup>.

Apesar do crescimento em número absoluto da “oferta” de serviços, bem como manutenção da cobertura populacional estimada de eSB em todo o período, os indicadores da AB têm apre-

sentado tendência decrescente desde 2015 (Tabela 1). Achados denotam comprometimento do acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual, às ações de promoção e prevenção em saúde bucal e ao cuidado integral no âmbito do SUS. Além disso, de 2011 a 2019, a maioria dos indicadores de serviços públicos odontológicos diminuiu<sup>3,37</sup>.

A pandemia da COVID-19 impactou de forma negativa e significativa a assistência odontológica à população, especialmente do sistema público. Verifica-se que em 2020, primeiro ano da pandemia no Brasil, houve grande redução nos indicadores da AB em relação à 2019, resultado que pode ser associado, em grande medida, à recomendação de suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e postergação das atividades coletivas relacionadas à saúde bucal, com a manutenção somente das urgências odontológicas para os serviços da AB a partir da segunda quinzena de março pela Anvisa<sup>38</sup> e pelo MS<sup>39</sup>. O CFO solicitou ao MS a suspensão dos atendimentos eletivos na rede pública e na rede privada solicitou maior rigor nas medidas de biossegurança<sup>40</sup>. Houve diversos cenários. Há relatos de municípios onde gestores pressionaram para retorno dos atendimentos eletivos no SUS, mesmo sem respaldo técnico<sup>41</sup>. Outros adiaram o retorno das eSB, com justificativa da falta de condições e recursos para manutenção da biossegurança, incluindo o alto custo dos EPIS<sup>40</sup>.

Com isso, os prejuízos no acesso ao tratamento odontológico na AB do setor público no período pandêmico, podem contribuir para aumento da demanda historicamente reprimida de tratamento odontológico, piora nas condições de saúde bucal e agravamento das principais doenças bucais, especialmente lesões de cárie e problemas periodontais iniciais e atraso no diagnóstico de câncer de boca, com consequente aumento da mortalidade. Cabe destacar que o agravamento da cárie dentária, considerada ainda o principal problema de saúde bucal no Brasil, é considerado um importante fator que causa dor e perda dentária<sup>42</sup>. Neste sentido, faz-se ainda mais necessário o fortalecimento e a ampliação das ações de prevenção e assistência da PNSB em resposta a esta demanda.

Apesar da previsão de redução do número de primeiras consultas odontológicas programáticas devido à orientação dada aos serviços de saúde para atender apenas urgência e emergência, foi observado também redução significativa nas urgências odontológicas durante primeiro quadrimestre da pandemia, sugerindo que tais urgências

não foram acolhidas pelo setor público de saúde<sup>14</sup>. Essa redução também pode ter influência das diferentes formas de organização dos atendimentos de urgência, menor acesso e provimento de EPIs e a mudança de comportamento dos usuários com menor busca pelos serviços odontológicos<sup>14</sup>.

Houve uma redução de 80% do indicador de cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada em 2020 e 2021, em relação aos anos anteriores. Esse resultado mostra o agravamento da redução das ações de promoção e prevenção em saúde bucal, que já vinham em decréscimo nos últimos 10 anos (Tabela 1). Essas ações foram fortemente afetadas nos dois primeiros anos da pandemia, principalmente devido às medidas de distanciamento social adotadas, tais como a postergação das atividades coletivas relacionadas à saúde bucal e suspensão das aulas presenciais nas redes de ensino, iniciadas em sua maioria, na segunda quinzena de março<sup>43</sup>.

As aulas presenciais das redes públicas de ensino permaneceram em regime remoto na maioria dos estados brasileiros até maio de 2021. E até novembro de 2021, todas as redes estaduais de ensino ofertavam o ensino híbrido, combinando aulas presenciais com aulas remotas ou aulas 100% presenciais<sup>44</sup>.

Ainda que com baixa magnitude e limitações considerando todo o país, algumas equipes conseguiram realizar ações de educação em saúde, vinculadas ao Programa Saúde nas Escolas, através do uso de ferramentas digitais<sup>45</sup>.

Existem barreiras na utilização dessas ferramentas com igualdade nos diferentes contextos socioeconômicos, seja por falta de equipamentos, falta de habilidade para o uso, falta de acesso à internet ou internet de baixa qualidade, pois as ferramentas utilizadas evidenciaram o agravamento à desigualdade na educação e no acesso à promoção e prevenção em saúde<sup>46</sup>.

Na AE, houve aumento percentual no número absoluto de tratamento endodôntico (6,5%) e próteses dentárias produzidas (13,8%) no ano 2018, bem como nos três indicadores da AE em 2019, sendo esse aumento correspondente a 8,4% no tratamento endodôntico, 1,2% no tratamento periodontal e 14,3% nas próteses produzidas. O aumento desses indicadores em 2019 (Tabela 2), pode estar relacionada à realização da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, que ocorreu no ano em questão, pois em muitos municípios a realização da Avaliação acarreta em reformas no serviço de saúde, contratação de profissionais, utilização de instrumentos de autoavaliação e aumento da produtividade das equipes<sup>47</sup>.

Em 2020, os indicadores da AE, assim como os indicadores da AB, obtiveram as maiores reduções percentuais dos últimos 18 anos (2003 a 2020). O número absoluto de tratamentos endodônticos, periodontais e de próteses dentárias produzidos tiveram redução percentual de 53,8%, 38,1% e 38,9% em relação à 2019, respectivamente. A assistência odontológica prestada nos CEO é caracterizada por atendimentos eletivos especializados referenciados pela AB, e portanto, a orientação de suspensão de atendimentos eletivos impactou diretamente nesse serviço<sup>39</sup>. Em 2021, o avanço da vacinação no país, a orientação de retorno dos serviços, a manutenção do financiamento e o investimento financeiro para adequação dos serviços às normas de biossegurança implementadas, são fatores que podem estar relacionados ao aumento dos procedimentos.

O serviço ofertado pelos LRPD, no primeiro ano de pandemia, teve suas atividades reduzidas ou mesmo suspensas, pois apesar de procedimentos de conserto/reparo em prótese configurar-se em urgência odontológica, o serviço de prótese ofertado é prioritariamente composto de procedimentos eletivos, e a população que necessita desse tipo de assistência, em sua maioria, são idosos, portanto, grupo de risco<sup>39</sup>.

O tratamento endodôntico, representou a maior redução em relação aos indicadores da AE no primeiro ano da pandemia. A adoção de uma abordagem farmacológica para evitar procedimentos e produção de aerossóis, nos casos de manejo da dor dentária, pode ser um fator explicativo para a não redução das consultas odontológicas de urgência na mesma proporção dos procedimentos de urgência<sup>48</sup>. Tal explicação converge com a diminuição do indicador de tratamento endodôntico realizado.

### **Financiamento Federal da política: transformações e recuos**

Os repasses financeiros federais para estados e municípios entre 2003 e 2021 já ajustados pelo IPCA apresentaram um crescimento até 2012 com variação até 2017. Observa-se uma queda no repasse nos anos 2018 e 2019, com crescimento em 2020 e posterior diminuição em 2021. Destaca-se que o total repassado em 2012 foi o maior desde a origem da PNSB (Tabela 3).

Na AB, o percentual de repasses variou no período. De 2020 para 2021, observou-se um crescimento no percentual destinado à AB (3,2%). A AB representa o maior percentual de repasses federais, desde 2003. Nos anos 2018 e 2019, os

**Tabela 3.** Total de repasse com e sem correção pelo IPCA, % de repasse para a Atenção Básica e Atenção Especializada entre 2003 e 2021.

Ano	Total de repasse Custeio + Capital: valores corrigidos pelo IPCA (R\$)	Total de repasse Custeio + Capital: valores brutos* (R\$)	%AB	% AE
2003	230.177.276,62	83.416.613,81	97,73	2,27
2004	522.504.848,92	203.062.073,39	95,35	4,65
2005	775.902.190,36	320.284.996,44	87,66	12,34
2006	1.002.141.316,08	426.161.502,08	85,49	14,51
2007	1.134.118.314,63	502.481.647,99	85,93	14,07
2008	1.161.201.056,01	547.346.491,89	86,23	13,77
2009	1.217.129.257,81	597.910.814,84	85,05	14,95
2010	1.301.109.095,20	675.185.342,66	87,98	12,02
2011	1.367.935.125,23	757.004.575,24	85,59	14,41
2012	1.551.026.481,70	905.826.003,84	86,44	13,56
2013	1.364.316.159,16	842.793.407,40	81,83	18,17
2014	1.391.646.755,75	916.032.147,30	78,79	21,21
2015	1.386.828.102,45	1.008.493.192,37	79,63	20,37
2016	1.408.831.538,27	1.096.080.098,47	80,44	19,56
2017	1.333.064.951,13	1.066.212.873,33	77,81	22,19
2018	650.996.883,47	541.746.947,93	100	**
2019	596.006.524,04	512.227.733,99	100	**
2020	1.546.795.998,59	1.386.677.958,71	64,08	35,92
2021	1.466.649.124,30	1.466.649.124,30	67,25	32,75

\*De 2003 a 2019 - FNS; em 2020 e 2021, dados coletados no site e-Gestor AB. \*\*Valores não disponíveis no FNS.

Fonte: Autoras. Acesso em março de 2022.

valores federais repassados para financiamento do CEO e LRPD não estavam disponíveis no site do portal da transparência, no FNS. Já de 2020 a 2021, o percentual de repasse destinado à AE apresentou um decréscimo (3,2%) (Tabela 3).

Outros estudos apontaram que entre 2003 e 2020, houve ampliação do financiamento nominal, infraestrutura e recursos humanos, contudo, o repasse federal fundo a fundo apresentou tendência crescente de 2003 a 2010 e estável de 2011 a 2018<sup>3,4</sup>. Narvai<sup>5</sup> sublinha uma redução significativa nesse financiamento federal, com valor de 2018 sendo 58,3% menor que a média do período 1995-2002. Cabe destacar que até 2017, os recursos para a PNSB eram feitos em três blocos, administrados pelo FNS (AB, Média e Alta Complexidade e Gestão), subdivididos em custeios específicos em cada bloco<sup>4</sup>. Havia também o bloco de investimento, destinado à implantação dos serviços e aquisição de equipamentos odontológicos e material permanente<sup>4</sup>. Já em 2018, houve mudança nos repasses federais para apenas dois blocos (capital e custeio)<sup>4</sup>, o que pode ter relação com a não disponibilidade de dados para a AE nos anos 2018 e 2019 no sistema de informação do FNS.

A correção dos valores pelo IPCA permitiu observar o pequeno aumento de repasse verificado ao longo dos anos, uma vez que o total de repasse em 2020 é inferior, por exemplo, ao 2012, mesmo com o aumento da população brasileira, que passou de 193.946.886 habitantes em 2012, para 211.755.692 em 2020.

Em 2020, quando passa a vigorar o novo modelo de financiamento<sup>49</sup>, não há dados relacionados ao custeio da AB e AE na base do FNS, que passaram a estar disponíveis no site e-Gestor AB. Críticas a este Programa focam na valorização dos mecanismos instrumentais gerenciais, baseados em métricas, associados a um “SUS operacional”<sup>49</sup>.

Verificou-se a diminuição de repasse federal entre os anos 2020 e 2021, o que configura uma perda financeira aos estados e municípios, corroborando com o processo de desfinanciamento burocratizado do SUS<sup>50</sup>. Importante destacar que estudo anterior que analisou despesas municipais na AB, também coletou dados sobre fonte de financiamento de federal, não contabilizando o recurso municipal e/ou estadual por compreender o papel preeminente da esfera federal quanto ao financiamento em relação à estados e municípios<sup>51</sup>.

Ressalta-se também as dificuldades dos estados e, especialmente, dos municípios em financiar tais políticas com recursos próprios tendo em vista a queda da arrecadação municipal e as disputas por recursos de outras políticas setoriais e intersetoriais. Desde a década de 1990, entre todas as esferas de governo, o município foi o mais atingido pela crise das finanças públicas, sendo, portanto, necessária complementação de recursos estaduais e federais para o financiamento da AB<sup>52</sup>. Entretanto, os valores repassados pelo governo federal não cobrem o custo real dos serviços e os municípios acabam financiando, em parte, as políticas federais<sup>52</sup>.

### Considerações finais

A análise apontou pouco avanço na implantação e expressiva redução de resultados dos indicadores dos serviços de saúde bucal no Brasil, de 2018 a 2021. Período no qual o país atravessou uma crise sanitária, agravamento das crises política e econômica, somados a posições privatistas do

atual Governo, contrário aos princípios e diretrizes do SUS.

A principal limitação do estudo se refere ao uso de dados secundários, com risco da falta de uniformidade no registro e subnotificação. E, no período analisado, houve mudanças e atualizações na forma de apresentação dos dados e sistemas de informações do MS, resultando em diversos momentos de instabilidade das informações. Por outro lado, a realização do monitoramento da PNSB, tem contribuído para análise das transformações, rupturas, continuidades e novas inserções na resposta estatal às necessidades de saúde bucal da população brasileira. A análise contribui para os processos de tomada de decisão dos gestores, controle e participação social, bem como, para construção ou atualização de propostas, em cenários mais favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do SUS. E, ainda que as evidências revelem um quadro distante do esperado, os resultados já alcançados pela política reforçam a necessidade de articulação e alinhamento das forças sociais interessadas na defesa de saúde bucal de qualidade, de oferta pública e universal.

### Colaboradores

LPS Santos, AMFS Lima e SCL Chaves participaram da concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica final. DMOC Vilela, APPC Valente e TRA Rossi participaram da coleta e análise dos dados e redação do artigo. O manuscrito foi lido e aprovado por todas as autoras e autores e não há conflitos de interesses.

## Referências

1. Brasil. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1791-1803.
3. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 2):76-91.
4. Rossi TRA, Sobrinho JEL, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4427-4436.
5. Narvai PC. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus Actas Saude Colet* 2020; 14(1):175-187.
6. Brasil. 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. *Diário Oficial da União*; 2017.
7. Bravo MIS, Pelaez EJ. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Soc* 2020; 22(46):191-209.
8. Brasil. 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. *Diário Oficial da União*; 2019.
9. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1181-1188.
10. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, Silva DB, Vieira JML, Castro VCG, Silva PO, Machado CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1763-1776.
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Panamericana da Saúde (OPAS). *Folha informativa-COVID-19. Principais informações* [Internet]. 2020 [acessado 2022 jan 13]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Saúde credencia 1,8 mil Equipes de Saúde Bucal com horário diferenciado* [Internet]. 2020 [acessado 2022 jan 13]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/10157>.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Guia de Orientações para a atenção odontológica no contexto da Covid-19*. Brasília: MS; 2020.
14. Lucena EHG, Freire AR, Freire DEWG, Araújo ECF, Lira GNW, Brito ACM, Padilha WNW, Cavalcanti YW. Offerand Use of Oral Health in Primary Care Before and After the Beginning of the COVID-19 Pandemic in Brazil. *Pesq Bras Odontopediatr Clín Integr* 2020; 20(Supl. 1):e0139.
15. Chisini LA, Costa FS, Sartori LRM, Corrêa MB, D'Ávila OP, Demarco FF. COVID-19 Pandemic impact on Brazil's Public Dental System. *Braz Oral Res* 2021; 35:e082.
16. Massuda A, Tasca R. A resposta dos sistemas de saúde à covid-19: breve análise sobre o SUS. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. *Principais elementos*. Brasília: CONASS; 2021. p. 78-95.
17. UNA-SUS. *Vacinação contra a covid-19 já teve início em quase todo o país* [Internet]. [acessado 2022 jan 13]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/vacinacao-contra-a-covid-19-ja-teve-inicio-em-quase-todo-o-pais>.
18. Brasil. Portaria nº 59, de 26 de outubro de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*; 2020.
19. Brasil. Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. *Diário Oficial da União*; 2021.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF*. 1ª ed. Brasília: MS; 2015.
21. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12(1):41-51.
22. Mattei TS, Bidarra ZS. O papel do FIES e do PROUNI na privatização, mercantilização e financeirização da educação superior brasileira. *Barbaroi* 2022; 1(61):53-84.
23. Observatório de Análise Política em Saúde. *Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil: A Participação Social na Política Nacional de Saúde Bucal: monitoramento das entidades odontológicas e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) no ano de 2020* [Internet]. Salvador: OAPS; 2020 [acessado 2022 jan 13]. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaensaude.org/matrizes>.
24. Jornal O Globo. *Após repercussão negativa, governo exonera indicado do centrão para coordenação de Saúde Bucal* [Internet]. 2020 [acessado 2022 jan 13]. Disponível em: <https://glo.bo/3eSygd5>.
25. Lima AMFS. *A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: análise sócio-histórica de 2003 a 2018* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2022.
26. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2018.
28. Cavalcanti P, Fernandez M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. *Physis* 2020; 30(3):e300323.

29. Rodrigues AWD, Mello ECA, Candeia RMS, Silva G, Gomes LB, Sampaio J. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. *Saude Debate* 2021; 45(131):1060-1074.
30. Harzheim E. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1189-1196.
31. Brasil. Portaria nº 47, de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. *Diário Oficial da União*; 2019.
32. Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). *Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Atores governamentais, não governamentais e participação social na Política Nacional de Saúde Bucal em 2019* [Internet]. Salvador: OAPS; 2019 [acessado 2022 jan13]. Disponível em: <https://observatorio.analise-politicaensaude.org/matriz>.
33. Brasil. Portaria nº 2.918, de 21 de outubro de 2020. Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União*; 2020.
34. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 2):3781-3786.
35. Lucena EHG, Lucen CDRX, Alemán JAS, Pucca Júnior GA, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Rev Saude Publica* 2020; 54:99.
36. Stein C, Santos KW, Condesa AM, Celeste RK, Hilgert JB, Hugo FN. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(1):e00054819.
37. Chaves SCL, Rossi TRA, Lima AMFS. Dental service coverage and oral health promotion community actions in primary care in Brazil between 2003 and 2019. *Health Policy OPEN* 2020; 1:100022.
38. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) - atualizada 08 maio de 2020*. Brasília: ANVISA; 2021.
39. Brasil. Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Atendimento Odontológico no SUS. *Diário Oficial da União*; 2020.
40. Santos LPS, Lima AMFS, Santana SF, Chaves SCL, Vilela DMOC, Vieira LCL, Oliveira Neto J, Santos CTB. Pandemia do novo Coronavírus e o funcionamento dos serviços odontológicos no Brasil: um seguimento de quatro meses. *Res Soc Dev* 2021; 10(12):e200101220266.
41. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis* 2020; 30(03):e300310.
42. Carneiro CDA, Peixoto SS. Impacts of COVID-19 on the productions of oral health teams in primary health care. *Res Soc Dev* 2021; 10(12):e598101220826.
43. Silva LLS, Lima AFR, Polli DA, Razia PFS, Pavão LFA, Cavalcanti MAFH, Toscano CM. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00185020.
44. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *Situação da educação no Brasil (por região/estado - nov. 2021)* [Internet]. [acessado 2022 jan 13]. Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/covid-19-education-Brasil>.
45. Fettermann FA, Silveira MGS, Escobar TA, Valença JAP, Sganzerla FL, Pessano RFR, Mansilha LVQ, Cunha FIJ, Nunes CS. School health program and the alignment of actions in the prevention of coronavirus. *Res Soc Dev* 2021; 10(5):e37810514686.
46. Moreira MES, Cruz ILS, Sales MEN, Moreira NIT, Freire HC, Martins GA, Avelino GHF, Almeida Jr S, Popolim RS. Metodologias e tecnologias para educação em tempos de pandemia COVID-19. *Braz J Health Rev* 2020; 3(3):6281-6290.
47. Filgueiras LV, Cabreira FS, Hugo FN, Celeste RC. Influência da autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade no quantitativo de procedimentos dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Cien Saude Colet* 2022; 27(1):253-261.
48. Cunha AR, Velasco SRM, Hugo FN, Antunes JLF. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24:e210028.
49. Brasil. 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 (SUS). *Diário Oficial da União*; 2019.
50. Mendes A, Melo AM, Carnut LC. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica* 2022; 38(2):e00164621.
51. Cabreira FS, Ritter F, Aguiar VR, Celeste RK. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cad Saude Publica* 2018; 34(12):e00150117.
52. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):403-415.
53. Souza MTM. *Impacto da reabilitação com prótese dentária total removível na qualidade de vida de usuários do SUS em Belo Horizonte-MG* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

Artigo apresentado em 26/04/2022

Aprovado em 04/11/2022

Versão final apresentada em 06/11/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

