



# CAPÍTULO 16

## ANÁLISE CRÍTICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: CONQUISTAS E RETROCESSOS

**Phelipe Elias da Silva**  
**Leonardo Aires de Castro**  
**Jéssica da Silva Dantas**  
**Elisângela Farias Silva**  
**Mayara Silva Nascimento**  
**João Paulo Campos**  
**Cristiana Araújo Gontijo**  
**Heitor Bernardes Pereira Delfino**

### RESUMO

O objetivo deste ensaio teórico foi discutir as conquistas e os retrocessos no âmbito das Políticas Públicas em Saúde Bucal no Brasil. Inicialmente foi realizado um panorama do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as posteriores conquistas no âmbito da saúde bucal, especialmente nos governos Lula e Dilma. No decorrer, foi realizado um recorte com a discussão dos regressos pós-Golpe Parlamentar, oriundos da ascensão do ultra-neoliberalismo, nos governos Temer e, principalmente, Bolsonaro, destacando a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, a eliminação de incentivos para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como a implementação do Programa Previne Brasil (2019). Por fim, foram elencados alguns dos inúmeros desafios futuros no âmbito da Saúde Coletiva e da Saúde Bucal no Brasil, mas que deixa a esperança e um cenário com perspectivas positivas de melhora com o retorno de Lula à presidência da República e com a nomeação e posse de Nísia Trindade Lima no Ministério da Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Bucal. Políticas públicas de saúde. Sistema único de saúde. Odontologia comunitária. Odontologia preventiva.

### 1. INTRODUÇÃO

Antes da implementação da Constituição de 1988, a assistência à saúde no Brasil era oferecida principalmente pelo setor previdenciário. Enquanto o setor público atuava de forma restrita no controle de endemias e pandemias, e em ações de vacinação e de educação sanitária, o setor previdenciário fornecia atendimentos médicos e ambulatoriais restritos aos trabalhadores formais e a seus dependentes, mediante contribuição mensal (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Somente após a Reforma Sanitária, nome dado às lutas populares contrárias à ditadura militar, em meados dos anos 1980, que a ideia de um sistema nacional unificado de saúde, com abrangência de ações em Promoção da Saúde e participação social, veio à tona. Tal ideia foi efetivada na 8ª Conferência de Saúde, em 1986, com o documento “Pela democratização da saúde e da sociedade”. Com isso, a Constituinte de 1988 - deferiu que a saúde é um direito de todo(a) cidadão(ã) e dever do Estado, e implementou, em anos posteriores, o Sistema Único de



Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários são universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988; CAMPOS, 2007; JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Na área da odontologia, com o SUS, destacam-se a elaboração das Políticas Nacionais de Saúde Bucal (PNSB) com inserção do Programa Brasil Sorridente (PBS), em 2004. Dentre as ações do PBS, se evidenciam a ampliação dos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público, a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR), que, em conjunto, contribuíram para que o acesso à saúde bucal de toda a população se tornasse efetivamente abrangente e democrático, mediante ações de promoção, prevenção e reabilitação (NARVAI, 2020; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Para além de fazer um recorte histórico sobre as conquistas e avanços no âmbito da Saúde Bucal no Brasil, pretende-se problematizar os retrocessos ocorridos, principalmente com a ascensão de governos ultraneoliberais, retrógrados, que formaram um cenário de desmonte do frágil Estado de bem-estar social brasileiro e ameaçam o Estado Democrático de Direito, pautando-se na necropolítica como política pública, ou seja, uma relação entre poder e violência, na qual certos grupos são submetidos à morte sistemática e ao extermínio pelo Estado ou por instituições de poder, devido à sua raça, etnia, classe social, orientação sexual ou identidade de gênero (ROSÁRIO, 2020).

Ao longo dos mais de 30 anos de SUS, numerosas políticas públicas de saúde foram implementadas em todos os níveis de assistência, além de inúmeras conquistas, mas também de regressos, como a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, em 2016, as alterações na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 (BRASIL, 2017), as privatizações, a eliminação de incentivos para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e ESF, bem como a implementação do Programa Previne Brasil em 2019 (BRASIL, 2019), que estabeleceu um novo modelo de alocação dos recursos federais à Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES; MELO; CARNUT, 2022; REDE APS, 2019).

A odontologia brasileira, que até meados dos anos 2000 era “tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica” (GARRAFA; MOYSES, 1996), avançou consideravelmente na redução das desigualdades no acesso e no aumento na utilização de serviços entre 1998 e 2008 (PERES *et al.*, 2012). Além disso, a saúde bucal brasileira evoluiu e foi ampliada de modo considerável com o PBS, principalmente na APS, até 2016; no entanto, em todo esse percurso, a atenção secundária em odontologia apresentou recursos escassos e,



em grande parte, subutilizados, necessitando de uma maior interface com a APS (SILVA; GOTTEMS, 2017).

Ante ao exposto, o objetivo do presente ensaio teórico foi discutir as conquistas e os retrocessos no âmbito das Políticas Públicas em Saúde Bucal no Brasil, tomando como referenciais materiais do Ministério da Saúde e do Governo Federal, além de publicações relacionadas com o tema. Para o alcance desse objetivo, foram problematizados, primeiro, a lacuna de Políticas Públicas em Saúde Bucal nos períodos iniciais do Brasil, bem como no Regime Militar e segundo, os avanços e conquistas com a implementação do SUS, principalmente nos governos Lula e Dilma, finalizando com o esfacelamento dessas políticas causado pela ascensão ultraneoliberal de Temer e Bolsonaro.

## **2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL COLÔNIA, IMPÉRIO E REPÚBLICA**

Do Período Colonial até a instauração da ditadura político-militar de 1964, pode-se traçar um breve histórico de medidas e ações em Saúde Pública, começando no Brasil Colônia, onde os cuidados em saúde eram fornecidos pelos curandeiros, cirurgiões barbeiros, médicos e curiosos (para a população em geral) e pelas instituições filantrópicas, como as Santas Casas, ligadas à Igreja católica (para as pessoas pobres e miseráveis) (ANDRADE, 2007). As atividades em saúde bucal eram oferecidas de forma mutiladora pelos barbeiros e cirurgiões, mediante uma autorização pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa, por meio de uma Carta de Ofício (ROSENTHAL, 2001).

No Período Imperial, que data da Independência do Brasil até a Proclamação da República, o atendimento odontológico foi instaurado nas forças armadas e posteriormente nas Santas Casas de Misericórdia (destinados apenas às exodontias) (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Neste período, o Estado foi o responsável pela regulamentação dos recursos humanos e do exercício profissional no setor odontológico (AMARENTE, 2006; CALADO, 2002).

Após a Proclamação da República, em 1889, o país era afetado por diversas doenças endêmicas e pela ausência de políticas públicas em saúde e saneamento (HOCHMAN, 1998), sendo que foi apenas no final da República Velha (1989-1930) que os serviços de saúde começaram a receber atenção do Estado (MERCADANTE *et al.*, 2002). Em 24 de janeiro de 1923, por meio do Decreto n. 4682, a Lei Eloy Chaves consolidou o início da previdência do Brasil com as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), sendo bipartites, por meio da organização do regime de capitalização entre empresa e empregado. Em 1933, O Presidente



Getúlio Vargas substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde os trabalhadores passaram a ser agrupados por ramos de atividades, além de serem tripartites, com controle central no Governo Federal. Cabe ressaltar que, em todo esse período, a assistência à saúde foi restrita aos trabalhadores e que os escassos programas de saúde pública se voltavam para a criação de condições sanitárias mínimas, que buscavam favorecer a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório do país (CARVALHO, 2013).

No início do século XX, começaram de forma sucinta as atividades em saúde bucal em escolas do estado de São Paulo. Apesar de já existirem esses serviços, foi por meio do Decreto n. 4.600, de 30 de maio de 1929 que essa atividade foi regulamentada. Embora os profissionais praticassem algumas ações educativas em saúde bucal, as atividades eram restritas à prática clínica de consultório, sem evidências epidemiológicas, individualização, planejamento populacional e tecnologia de programação (NARVAI, 2006).

Os primeiros programas de odontologia sanitária foram desenvolvidos por meio do Serviço Especial em Saúde Pública (SESP), em 1952, com ações preventivas e de promoção à saúde, com ações voltadas para a população em idade escolar (6 a 14 anos), consideradas mais vulneráveis, constituindo o sistema incremental (SI) (NARVAI, 2006). O SI oferecia uma abordagem horizontal, com ações preventivas, e uma abordagem vertical, com ações curativas no próprio ambiente escolar (BRASIL, 2008; PINTO, 1989).

Em 1953, foi implantado o primeiro sistema de fluoretação das águas no Espírito Santo. Esse sistema apresenta diversas vantagens em saúde pública por prevenir e reduzir a atividade de cárie de maneira segura e simples, apenas por meio da ingestão de água tratada (ANTUNES; NARVAI, 2010).

### **3. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE BUCAL NO REGIME MILITAR**

Por meio da Lei n. 6.050, de 1974, a fluoretação da água pelos sistemas públicos de abastecimento tornou-se obrigatória no Brasil. No entanto, a efetivação dessa legislação foi realizada de maneira lenta e com diversas desigualdades regionais (BRASIL, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010). Neste sentido, em 1980, Narvai já descrevia esta situação do país, como a quase inexistente cobertura de água fluoretada e de serviços públicos odontológicos, a entrada de empresas de planos e seguros odontológicos, além do baixo interesse nacional em congressos, eventos e produções científicas em odontologia (NARVAI, 1980).



Na década de 1970, por meio das revoltas populares contra a ditadura militar, surge o movimento da Reforma Sanitária, que objetivava a criação de um sistema nacional de saúde unificado que reconhecesse a saúde como direito fundamental do cidadão. Tal movimento foi impulsionado pela situação da época, em que a saúde pública, responsável pelo controle de endemias, vacinação e educação básica, era separada da saúde previdenciária, que oferecia serviços de saúde apenas para pessoas com carteira de trabalho registrada e estava em crescente processo de privatização (POSSAS, 1981; LANDMANN, 1983). A Reforma Sanitária articulou diferentes segmentos da sociedade e propunha a democratização da saúde, descentralização das ações com autonomia dos municípios, universalização do acesso e controle popular (CAMPOS, 2018; NARVAI, FRAZÃO; 2008).

O modelo assistencial conhecido como Odontologia Simplificada e Odontologia Integral foi estabelecido no final dos anos 70 e estimulou mudanças relacionadas aos espaços de trabalho. A promoção e prevenção em saúde bucal ganhou destaque no âmbito educacional e coletivo, de forma simples e racional, com participação comunitária e engajamento de pessoal auxiliar, de forma a desmonopolizar o conhecimento (BRASIL, 2008).

Em 1980, aconteceu em Brasília a 7ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1980), que promoveu discussões referentes aos Serviços Básicos de Saúde na odontologia. Foi a primeira vez que houve contribuição odontológica em um programa nacional de saúde. Neste evento, o modelo odontológico assistencial da época foi considerado ineficaz, ineficiente, descoordenado, mal distribuído, complexo, mercantilista, monopolista, estritamente curativo e despreparado frente aos recursos humanos. Tal Conferência recomendou a incorporação de auxiliares e técnicos, correta formação de recursos humanos segundo as necessidades do país, elaboração de insumos e equipamentos odontológicos e fundação de núcleo técnico direcionado aos problemas no Ministério da Saúde (MANFREDINI, 2009).

#### **4. SAÚDE BUCAL PÓS REDEMOCRATIZAÇÃO E CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Após o final do regime militar (1985), importantes conquistas e mudanças aconteceram na saúde pública. As deliberações da 8ª Conferência Nacional de saúde, ocorrida em março de 1986, foram consagradas na Constituição Federal de 1988 e serviram de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios doutrinários a equidade, universalização e integralidade, sendo a saúde considerada um direito dos cidadãos e dever do Estado (ANDRADE, 2006; BRASIL, 1988; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).



A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), ocorrida em setembro de 1986 (BRASIL, 1988), propôs a criação de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que atendesse aos princípios do SUS. No entanto, a adoção de tais políticas foi acometida por diversas contradições e conflitos (NARVAI; FRAZÃO, 2008b). O próprio SUS foi implementado de forma desgastante e contraditória à política econômica neoliberal do período (BOTAZZO; MANFREDINI; NARVAI, 1989).

Foi criado, em 1988, o Departamento de Odontologia no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que propuseram o Programa Nacional de Controle de Cárie Dental com o uso de Selantes e Flúor (PNCCSF) e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD), ambos de forma vertical e centralizados sobre o estado do Rio de Janeiro, sem descentralizar as ações segundo as realidades locais dos demais estados e municípios (NARVAI; FRAZÃO, 2008a). Além disso, as ações de saúde bucal foram priorizadas para serviços emergenciais, educação em saúde, ações preventivas e serviços curativos básicos prioritariamente para as crianças em idade escolar, seguidas pelas outras faixas (MANFREDINI, 2009).

O período Collor (1990-1992) foi de retrocessos, sendo que o maior destaque foi a extinção das políticas públicas em saúde bucal. Foi criado o “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 - A saúde no Brasil Novo” (BRASIL, 1990), que sequer citava a PNSB, apenas estabelecia metas para cárie, doença periodontal e câncer de orofaringe. O repasse financeiro para as unidades de saúde foi baseado na produtividade e, em saúde bucal, foram restritos às políticas “preventivas” de fluoretação do sal e ações relativas à odontologia (NARVAI, FRAZÃO; 2008). A fluoretação do sal foi uma medida polêmica por não uniformizar a quantidade de flúor ingerido com o sal e por coincidir com o método de fluoretação das águas já existentes (MANFREDINI, 2009).

Era comum o desperdício de recursos, má qualidade de atendimento e conflitos com o setor privado devido a prioridade em ações. O repasse financeiro reduzia os municípios a simples “funcionários” do governo. Diante disso, em 1991, por meio da Portaria nº 184, as ações de prevenção e de promoção em saúde bucal, intituladas “Procedimentos Coletivos”, foram abrangidas pelo SUS, com o objetivo de substituir os repasses dos “Tratamentos Completados” (BRASIL, 1991; NARVAI; FRAZÃO, 2008; CARVALHO *et al.*, 2009).

Após o *impeachment* de Collor (1992) assume Itamar Franco, período de múltiplas regressões para as políticas públicas em saúde bucal. Em 1992 e 1993, foi realizada a 2ª CNSB,



onde as políticas neoliberais foram criticadas, assim como a não adoção dos princípios da Constituição de 1988. Além disso, nesta Conferência foram propostas novas Políticas para a Saúde Bucal no Brasil, com foco na descentralização. No entanto, os avanços foram mínimos (NARVAI, 2022).

O governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foi igualmente desatento em relação às políticas nacionais de saúde bucal. Apesar disso, as políticas públicas em saúde foram direcionadas à Atenção Básica (AB) após a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, com o objetivo de reduzir o foco na atenção hospitalar e de incorporar os princípios do SUS, dando prioridade às ações preventivas, de promoção, recuperação e reabilitação, com ênfase na família, de forma multiprofissional (SCOREL *et al.*, 2007; GIOVANELLA *et al.* 2009). A consciência para as políticas de saúde bucal só retornou em 2000, com a Portaria 1.444 do Ministério da Saúde, que organizou e financiou a atenção em saúde bucal no PSF (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

## **5. PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE (PBS) E CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)**

Com a posse de Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, os princípios da Reforma Sanitária e do SUS foram impulsionados a outro patamar. Em 2004, uma nova PNSB foi elaborada com a inserção do Programa Brasil Sorridente (PBS) no “Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil” (BRASIL, 2004; SILVA; GOTTEMS, 2017).

O PBS pretendia garantir a articulação da AB com toda a rede de serviços de saúde; integralizar ações de saúde bucal na promoção, prevenção e recuperação em saúde; estabelecer políticas de educação permanente aos profissionais de saúde bucal; promover mudanças no ensino aos técnicos, graduandos e pós graduandos que atendessem aos princípios do SUS e às necessidades da população; incentivar pesquisas para definir os problemas em saúde bucal, garantir o desenvolvimento tecnológico e expandir os serviços públicos. Todo o planejamento foi baseado na gestão participativa, com destaque na humanização do atendimento, acolhimento, ética e vínculo entre equipe e usuário (BRASIL, 2004).

As novas políticas para saúde bucal foram responsáveis ainda pela criação dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), por meio das Portarias nº 1.570/GM e 1.571/GM. Os CEO e LPDR foram dispersados em vários municípios dos estados brasileiros, em conformidade com os planos regionais e municipais, e proporcionaram atendimentos especializados em endodontia, periodontia,



cirurgia oral menor, tratamento de pacientes especiais, diagnóstico e tratamento de patologias bucais (BRASIL, 2004; SILVA; GOTTEMS, 2017).

Em 2008, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o documento “*Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica nº 17*” que organizou, com o apoio dos profissionais da AB e de Universidades, um material para orientação inicial às Equipes de Saúde Bucal (ESB) ao longo do país, bem como aos demais profissionais de saúde, segundo os princípios do SUS. O material forneceu informações referentes ao histórico dos modelos de atenção e políticas públicas de saúde bucal; destacou a importância do planejamento regional, compreendendo o território como determinante social, e da vigilância epidemiológica, a fim de conhecer e combater os principais problemas de saúde da população; e integração do trabalho em equipe em estratégias das Linhas do Cuidado (BRASIL, 2008).

Após a elaboração das novas PNSB, a odontologia de mercado teve uma reação contrária, com o objetivo de garantir seu papel no novo modelo de atenção. Alguns setores nacionais se organizaram e agiram de forma opositiva à regulamentação das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB). Essas ações contribuíram para o enfraquecimento da atuação dos TSB e ASB e, conseqüentemente, da dinâmica das ESB, após o sancionamento da lei 11.889, em 2008, que regulamentou o exercício profissional de tais categorias. Com isso, pôde-se observar uma diminuição dos avanços almejados do PBS (NARVAI, 2020).

Apesar disso, essas PNSB elevaram o acesso aos serviços odontológicos públicos como jamais visto, além de fornecerem equipamentos odontológicos modernos, repasse financeiro para a ampliação do sistema de abastecimento de água fluoretada e instalarem um sistema de vigilância epidemiológica permanente que permitia o planejamento estratégico segundo o perfil socioeconômico populacional (JUNQUEIRA, 2008; BRASIL, 2004; SILVA; GOTTEMS, 2017). Foram inaugurados 853 CEO (aproximadamente 8,89 unidades por mês) e criadas 16.163 ESB (168,36 por mês), do período de 2003 a 2010 (NARVAI, 2011).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada em 2000 pelo IBGE, apenas 45% dos 5.507 municípios possuíam acesso à água fluoretada, com restrição entre os seus habitantes, exclusão da zona rural e concentração dessa medida nas regiões Sul e Sudeste, as mais ricas do país. No entanto, a partir de 2005, as regiões Norte e Nordeste foram priorizadas no sistema de acesso à água fluoretada. Do período de 2005 a 2008, 711 novos sistemas de



fluoretação da água foram criados em 503 municípios e em 11 estados (BRASIL, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Em 2010, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada pelo Ministério da Saúde, a condição de saúde bucal da população melhorou e o país passou a integrar a lista dos países com baixa prevalência de cárie. A pesquisa demonstrou que os índices de dentes restaurados, perdidos ou cariados (CPOD) passou de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010, considerando as crianças de 12 anos de idade, e de 20,1 (2003) para 16,7 (2010) em pessoas de 35 a 44 anos (BRASIL, 2012; PERES *et al.*, 2012).

Apesar dos inúmeros avanços obtidos desde a criação do PBS, alguns desafios e fragilidades ainda persistem. Silva e Gottens (2017) realizaram uma análise da literatura sobre a integralidade dos cuidados em saúde bucal no SUS, na qual observaram desigualdades relacionadas à má distribuição dos CEO, uso impróprio de serviços especializados, alta taxa de abandono aos tratamentos oriundos da distância geográfica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e desvios de ações primárias em saúde para ações específicas. Além disso, os autores propuseram atenção aos métodos de implementação dos CEO para adequarem às diversas realidades em saúde, maior articulação com a APS, associação efetiva aos perfis epidemiológicos e indicadores sociais e melhor interação entre a atenção primária e secundária.

## **6. SAÚDE BUCAL PÓS GOLPE INSTITUCIONAL DE 2016**

O PBS se tornou uma das principais políticas sociais do período pós redemocratização e funcionou de maneira eficaz por constituir um dos programas sociais dos governos Lula e Dilma Rousseff. Ainda que o PBS tenha sido um programa destaque na gestão do PT, as ações necessitavam de aprimoramento e, principalmente, de uma maior integração entre APS e atenção secundária (SILVA; GOTTEMS, 2017). Após a destituição de Dilma em 2016, apesar de manter o nome, o PBS deixou de atuar como o conjunto de políticas públicas e sanitárias vinculados aos princípios constitucionais e do SUS (NARVAI, 2017). Majoritariamente, o SUS foi vítima de políticas que violam seus princípios de universalidade e de integralidade.

Os governos seguintes foram responsáveis pela ameaça aos conjuntos de políticas do Estado referentes aos direitos sociais. A EC nº 95/2016, proposta no governo de Michel Temer, congelou os recursos para o SUS em 20 anos, baseados no ano de 2016, sendo corrigidos anualmente somente pela inflação do ano anterior. Tal medida contribuiu para o limitado financiamento do SUS, dando ênfase ao modelo hospitalocêntrico, reduzindo as ações primárias em saúde e enfatizando o setor terciário (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).



O impacto dessas medidas neoliberais pode ser demonstrado nos recursos financeiros disponibilizados às PNSB. No período de 2003 até 2010 (governo Lula), os aportes financeiros, corrigidos pelo IPCA/IBGE em setembro de 2022, foram em média de R\$1.695.204.855,06. No período de 2011 a agosto de 2016 (governo Dilma) o valor chegou à média de R\$1.740.501.296,82. No governo de Michel Temer (2016-2018) esse repasse foi reduzido em 58,3%, alcançando R\$685.713.032,72 em 2018, menor que o período anterior ao PBS (1995 a 2002), que era em média de R\$ 1.176.435.199,83 (NARVAI, 2020).

Em dezembro de 2018, o Brasil possuía 1.138 CEO, 1.970 LPDR, 26.807 ESB e 302 Unidades Odontológicas Móveis. Com isso, era esperado que os recursos financeiros destinados às PNSB fossem superiores aos anos anteriores, o que de fato não aconteceu. Os valores, corrigidos, anunciados pelo governo de Jair Bolsonaro para o período de 2019 foram de R\$1.364.003.623,44, com expectativa de uma média de R\$1.657.082.232,95 em 2022, não propondo aumento de recursos para manter a estrutura física e pessoal das PNSB (NARVAI, 2020).

O governo de Bolsonaro foi marcado por diversas medidas em saúde consideradas neofascistas. A Portaria 2.979/2019, do Ministério da saúde, que definiria o planejamento dos recursos financeiros à Atenção Primária em Saúde (APS), criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, de forma autônoma, que contrataria prestadores dos serviços em APS de forma privada, além de utilizar a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (uma lista padrão, que definia o número de pessoas cadastradas por unidades de saúde) para definir os contratos com os servidores públicos e privados (terceirizados). Tais medidas significaram a privatização da APS, a destruição crescente da universalidade do SUS e o retorno de um modelo estritamente biomédico, fatos que caracterizam um amplo retrocesso em conquistas históricas sociais (MATTOS, 2020; MENDES; CARNUT, 2020).

A portaria 2.979/2019 ainda remodelou o método de financiamento aos grupos da APS em valores e parâmetros. O Piso de Atenção Básica Fixo, que fornecia pagamento mensal considerando toda a população de determinado município segundo dados socioeconômicos, respeitando a universalidade do acesso, foi extinto e substituído pela Captação Ponderada, que repassava o valor mediante cadastramento do indivíduo, com exigência mínima de equipes por usuário cadastrado, o que dificultava a condição para financiamento, além de limitar o incentivo da adoção de ações multiprofissionais e impedir recursos aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).



Além do subfinanciamento do SUS, medidas como a continuidade da EC 95/2016 e a irresponsável gestão da pandemia da COVID-19 oferecem o rumo em que as políticas sociais em saúde se estabeleceram no governo Bolsonaro. Estima-se que a EC 95/2016 foi responsável pela queda de aproximadamente 26,5 bilhões (valores corrigidos pelo IPCA/IBGE em novembro de 2022) entre 2018 e 2020 (MENDES; CARNUT, 2020).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PNSB implementadas no século XXI podem ser caracterizadas e definidas segundo os conflitos da Odontologia de Mercado e a Odontologia Social e Preventiva. A primeira, defendendo interesses competitivos do mercado neoliberal, praticada pelo cirurgião-dentista e focado no paciente doente biologicamente. A segunda, direcionada aos direitos sociais do cidadão, de forma cooperada, praticadas pela ESB e focada em toda a população, sendo a doença uma determinação social.

É notável as disparidades históricas relacionadas às políticas públicas em saúde que polarizam medidas voltadas aos princípios constitucionais. De um lado, nos quais a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado e, do outro, medidas voltadas ao interesse do mercado e de grandes setores da economia.

Com isso, pode-se dizer que os últimos anos, nos governos de Temer e Bolsonaro, nitidamente voltados aos interesses econômicos e neoliberais, foram de retrocessos e de precariedade nos serviços em saúde, no qual a odontologia social, que ganhou notável avanço e foi responsável por uma das maiores conquistas sociais nos governos prévios ao golpe institucional, também foi afetada.

Obedecendo uma lógica da especulação, do mercado financeiro das bolsas de valores e do aprofundamento da saúde como uma mercadoria, os últimos anos marcaram uma mudança no paradigma dos governos petistas que aliava uma proposta social e preventiva com a expansão mercadológica na área da saúde.

A pandemia da Covid-19 e as decisões burocráticas envolvendo a saúde no Brasil nestes últimos anos, além do expressivo “loteamento” de cargos no Ministério da Saúde, impactaram estruturalmente as instituições responsáveis pela promoção dos direitos básicos da cidadania nacional, criando uma série de obstáculos para os governos seguintes.

Os próximos anos serão de inúmeros desafios, como as (re)construções de políticas e de reformas necessárias em Saúde Coletiva. Destaca-se, de forma geral, a defesa da saúde, da vida e da democracia, além do fortalecimento da ESF, mas que atue de forma abrangente, resolutiva,



com priorização da orientação comunitária e com base territorial integrada à rede regionalizada de serviços de saúde do SUS.

Apesar dos inúmeros desafios futuros no âmbito da Saúde Coletiva e da Saúde Bucal no Brasil, com o retorno de Lula à presidência da República, em 2023, com as nomeações e posses de Nísia Trindade Lima (Ministra da Saúde) e de Ana Estela Haddad (comando da Secretaria de Saúde Digital), a perspectiva de melhoria e do fortalecimento das PNSB é esperançosa.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec (Saúde em debate, 173), 293 p., 2006.

ANDRADE, L. O. M. **Evolução das políticas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus**. São Paulo: Hucitec, p. 30-35, 2007.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 306-305, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>>. Acessado em: Jan. 2023.

BOTAZZO, C.; MANFREDINI, M. A.; NARVAI, P. C. Selantes e flúor em saúde pública. **RGO**, v. 37, n. 2, p. 155-158, 1989.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 7., Brasília, 1980. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**: Brasília, DF, 280 p., 1980.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, seção 1, p. 71-72, 30 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 85, seção 1, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Previne Brasil. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – A saúde do Brasil Novo**. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Ministério da Saúde: Brasília, DF, 36 p., 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 184, de 9/10/1991. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, p. 22125-22127, 10 out. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A fluoretação das águas de abastecimento público como uma medida de garantia ao acesso a água tratada. **Rev Bras Saude Fam:** Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 4-8, 2006. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTM2Nw==> >. Acessado em: Jan. 2023.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.426, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 21 de set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Série A, Normas e Manuais Técnicos:** Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília, DF, 92 p., 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal.** Ministério da Saúde: Brasília, DF, 1989.

CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios.** 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200002>>. Acessado em: Dez. 2022.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>>. Acessado em: Dez. 2022.

CARVALHO, G. A Saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Acessado em: Dez. 2022.

CARVALHO, L. A. *et al.* Procedimentos coletivos de saúde bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde soc.**, São Paulo, SP, v. 18, n. 3, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300013>>. Acessado em: Jan. 2023.



CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul./set. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YgmHSdNrqrh6LNCQV4rdq8P/?lang=pt>>. Acessado em: Jan. 2023.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, [João Pessoa, PB]. Igualdade nas diferenças: enfrentamentos na construção compartilhada do bem viver e o SUS". Rede de Pesquisa em APS da Abrasco, set. 2019.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica do Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.**, v. 21, p. 2-3, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>>. Acessado em: Dez. 2022.

GARRAFA, V.; MOYSES, S. J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulg. saúde debate**; v. 13, p. 6-17, jul. 1996. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-223292>>. Acessado em: Nov. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>>. Acessado em: Jan. 2023.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. **Hist. cienc. Saúde**: Manginhos, v. 5, jul. 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000400012>>. Acessado em: Dez. 2022.

JUNQUEIRA, S. R.; PANNUTI, C. M.; RODE, S. M. Oral Health in Brazil – Part I: Public Oral Health Policies. **Braz. Oral Res.**, v. 22, p. 8-17, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-83242008000500003>>. Acessado em: Jan. 2023.

LANDMANN, J. **Medicina não é saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

MANFREDINI, M. A. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema único de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Ministério da Saúde**: Brasília, DF, p. 155-174, 2009.

MATTOS, M. B. **Governo Bolsonaro: neofascismo e autocracia burguesa no Brasil**. Usina Editorial: São Paulo, SP, 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25260](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260)>. Acessado em: Dez. 2022.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, v. 57, p. 57-174, 2020. Disponível em: <<https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>>. Acessado em: Jan. 2023.



MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>>. Acessado em: Dez. 2022.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>>. Acessado em: Jan. 2023.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. *et al.* Caminhos da saúde pública no Brasil. **Fiocruz**: Rio de Janeiro, p. 235-313, 2002. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acessado em: Jan. 2023.

NARVAI, P. C. A questão odontológica. **Saúde em Debate**, v. 5, n. 10, p. 35-36, 1980.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus - Actas Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039/948>>. Acessado em: Nov. 2022.

NARVAI, P. C. O fim do Brasil Sorridente? **Jornal Odonto**, n. 238, 2017. Disponível em: <<https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm>>. Acessado em: Jan. 2023.

NARVAI, P. C. O caso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus, actas de saúde colet.**: Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 175-187, mar. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2622>>. Acessado em: Jan. 2022.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>>. Acessado em: Jan. 2023.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, T. S. *et al.* Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. **Artes Médicas**: São Paulo, p. 1-20, 2008a. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/001815739>>. Acessado em: Jan. 2023.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. **Fiocruz**: Rio de Janeiro, v. 14, n. 32, 148 p., 2008b. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/001770192>>. Acessado em: Jan. 2023.

PERES, K. G. *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007>>. Acessado em: Dez. 2022.

PINTO, V. G. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. **Ed. Santos**: São Paulo, 415 p., 1989. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-255801>>. Acessado em: Jan. 2023.

POSSAS, C. A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. **Graal**: Rio de Janeiro, 1981.



ROSÁRIO, L. A Necropolítica Genocida de Bolsonaro em tempos de Pandemia e o Projeto Ultra-Neoliberal. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, p. 28–49, 18 dez. 2020. Disponível em: <<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/ricultsociedade/article/view/15815>>. Acessado em: Abr. 2023.

ROSENTHAL, E. **A odontologia no Brasil no século XX: história ilustrada**. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.22432015>>. Acessado em: Nov. 2022.