UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

EFEITO NO QUANTITATIVO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017

JOSIANE APARECIDA DE SOUZA ALEMÁN

2019

JOSIANE APARECIDA DE SOUZA ALEMÁN

EFEITO NO QUANTITATIVO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira
Co-Orientador: Prof. Dr. Yuri Wanderley Cavalcanti

João Pessoa
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

BIBLIOTECÁRIO:

A367e Alemán, Josiane Aparecida de Souza.
Efeito no Quantitativo das Equipes de Saúde Bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017 / Josiane Aparecida de Souza Alemán. - João Pessoa, 2019.
80 f. : il.

Orientação: Antônio Carlos Pereira.
Coorientação: Yuri Wanderley Cavalcanti.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde Bucal. 2. Política de Saúde. 3. Atenção Primária a Saúde. I. Pereira, Antônio Carlos. II. Título.

UFPB/BC

JOSIANE APARECIDA DE SOUZA ALEMÁN

EFEITO NO QUANTITATIVO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira
Orientador – PPGO-FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Yuri Wanderley Cavalcanti
Orientador – UFPB

Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena
Examinador – UFPB

Prof. Dr. Marcelo de Castro Menheguim
Examinador externo – FOP/UNICAMP

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a minha família; meu apoio para todos os dias, horas e momentos. Aos meus pais, Valter Rodrigues de Souza e Maria Aparecida de Souza; minhas raízes, exemplos de força, trabalho e educação. Ao meu esposo Alfredo Alemán Neto, à minha filha Méllory de Souza Cavalcante, pelo amor e constante incentivo.

Dedico também aos meus queridos professores, em especial ao meu orientador Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, ao meu co-orientador Prof. Dr. Yuri Wanderley Cavalcanti, e ao Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena, pela doação, humanidade, carinho e paciência. Pessoas excepcionais, anjos na minha vida.

Sem o suporte de todos eu não chegaria até aqui, e não seria quem sou. À vocês, meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Ricardo Dias de Castro, coordenador do programa de pós-graduação em odontologia (PPGO), meu primeiro professor do curso, quando ainda era aluna especial, obrigada pela acolhida e incentivo.

Agradeço ao Prof. Yuri Wanderley Cavalcante, vice coordenador do PPGO, pela orientação, sensibilidade e apoio.

Agradeço ao Prof. Antônio Carlos Pereira, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) - Unicamp, colaborador do PPGO/UFPB, pela orientação no início de minhas pesquisas, e ensinamentos.

Agradeço ao Prof. Edson Hilan Gomes de Lucena, colaborador do PPGO, pelas orientações, acolhida e cordialidade.

Agradeço à Prof.ª Denise de Fátima Barros Cavalcanti (PPGO-FOP/UNICAMP) pelo carinho, orientações e ensinamentos.

Agradeço ao Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior e ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Menheguim pelas considerações, correções e sugestões.

Agradeço ao Prof. Fábio Correia Sampaio pela passagem de conhecimentos, incentivo e apoio.

Agradeço a Prof.ª Dayane Franco Barros Mangueira, a Prof.ª Isabela Albuquerque Passos e ao Prof. Antônio de Pádua Cavalcante Costa, pelo carinho e acolhida no estágio docência.

Agradeço aos Professores de sala de aula; André Ulisses Dantas Batista, Franklin Delano Soares Forte, Frederico Barbosa de Sousa, Paulo Rogério Ferreti Bonan, Sabrina Garcia de Aquino, Simone Alves de Sousa, Wilton Willey Nascimento Padilha, pelas horas de dedicação, dentro e fora de sala de aula, por servirem de espelhos; exemplos de profissionais.

Agradeço também às Prof.ª Leopoldina de F. Dantas de Almeida e Sônia Saeger Meireles Monte Raso, pela contribuição para a minha formação.

Agradeço à Administração da Secretaria da PPGO, pela orientação quanto as questões burocráticas, em especial à Jacqueline dos Santos Aureliano Alves, pela acolhida maternal; exemplo de pessoa e profissional, *in memoriam*.

Agradeço à Raimunda da Silva Liberato e demais colaboradores pelo zelo com nosso ambiente de estudo.

Agradeço à turma do PPGO mestrado 2017.2 e a turma 2018.1, meus colegas de sala, cuja convivência e troca de experiências elevaram o meu conhecimento.

Agradeço principalmente a Deus, nosso Senhor, por nos acompanhar até aqui.

EPÍGRAFE

“Ele vive, ele reina...”

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 no quantitativo de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na Estratégia Saúde da Família entre outubro de 2017 e julho de 2019. Metodologia: Constituiu-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva e analítica, o qual utilizou os dados disponibilizados nos relatórios públicos do histórico de cobertura de saúde bucal disponível na plataforma e-Gestor da Atenção Básica (AB) do Ministério da Saúde de todos os municípios brasileiros (5.570). A sobrevida do número de municípios que não reduziram o quantitativo de ESB foi analisada segundo a região do país, índice de desenvolvimento humano (IDH), índice de desigualdade de Gini e porte populacional. A Regressão de Cox foi utilizada para analisar os fatores associados à redução do número de ESB implantadas após 1, 3, 6, 9, 12 e 15 meses da publicação da portaria da PNAB 2017, considerando-se $p<0,05$. Resultados: Após 15 meses de publicação da PNAB 2017, 6,9% dos municípios brasileiros reduziram a quantidade de ESB. A redução do número de ESB foi maior nas regiões Sul (5,5%, OR=1,893) e Nordeste (4,3%, OR=1,452). Municípios mais desiguais quanto a distribuição de renda (índice de Gini >0,62, OR=1,193) e de maior porte populacional (>100 mil habitantes, OR=2,225) também apresentaram maior redução de ESB. Conclusão: Observou que a partir da PNAB 2017 triplicou o número de municípios que reduziram o número de ESB, o que deve impactar significativamente as desigualdades de acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Saúde Bucal. Política de Saúde. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of the National Primary Care Policy (PNAB) published in 2017 on the number of Oral Health Teams (ESB) implemented in the Family Health Strategy between October 2017 and July 2019. Methodology: This was a study. of quantitative, descriptive and analytical nature, which used the data available in the public reports of the history of oral health coverage available on the e-Manager Platform of Primary Care of the Ministry of Health of all Brazilian municipalities (5,570). Survival of the number of municipalities that did not reduce the amount of ESB was analyzed according to the region of the country, human development index (HDI), Gini inequality index and population size. Cox Regression was used to analyze the factors associated with the reduction in the number of ESB implanted after 1, 3, 6, 9, 12 and 15 months of the publication of the 2017 PNAB Ordinance, considering $p < 0.05$. Results: After 15 months of publication of PNAB 2017, 6.9% of Brazilian municipalities reduced the amount of ESB. The reduction in the number of ESB was greater in the South (5.5%, OR = 1.893) and Northeast (4.3%, OR = 1.452) regions. Municipalities that were more unequal in terms of income distribution (Gini index> 0.62, OR = 1.193) and larger (> 100 thousand inhabitants, OR = 2.225) also had a larger reduction in GGE. Conclusion: The PNAB 2017 tripled the number of municipalities that reduced the number of ESB, which should significantly impact inequalities in access to health services in the Health Unic System (SUS).

Keywords: Oral Health. Health Policy. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica de Saúde
ACE – Agente de Combate à Endemias
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária da Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CD – Cirurgião Dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CFB – Constituição Federal Brasileira
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CGES – Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CRO – Conselho Regional de Odontologia
CS – Conselho de Saúde
eAB – Equipe de Atenção Básica
eSB – Equipe de Saúde Bucal
ESB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
IAP – Instituto de Assistência Previdenciária
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
ICSAB – Indicador por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
Ipea – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS – Ministério da Saúde
Nasf – AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Padrão

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB – Programa Nacional da Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PRECAD – Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária

PRONAM – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SB – Saúde Bucal

SF – Saúde da Família

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SMS – Sistema Municipal de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14

2. REVISÃO DA LITERATURA 17

2.1 Breve Trajetória Histórica da Atenção Primária de Saúde 17

2.2 A Democratização da Saúde no Brasil 18

2.3 Principais Características da Atenção Primária de Saúde 24

2.4 O início da Atenção Primária de Saúde no Brasil 27

2.5 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde 28

2.5.1 O Programa de Saúde da Família 30

2.5.2 O aprimoramento da Atenção Primária de Saúde no Brasil 31

2.5.2.1 A inserção de práticas de saúde bucal na atenção primária 32

2.6 A Política Nacional de Saúde Bucal 33

2.7 O Pacto pela Saúde 36

2.8 A Política Nacional de Atenção Básica 2006 38

2.8.1 O Processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica 40

2.8.2 Especialidades da Estratégia Saúde da Família 41

2.8.3 Atribuições dos profissionais de Saúde da Atenção Básica 42

2.8.4 Atribuições específicas 43

2.9 A Política Nacional de Atenção Básica 2011 44

2.10 A Política Nacional de Atenção Básica 2017 e as suas principais alterações 46

2.11 A Política Nacional de Atenção Básica 2017 e algumas problematizações 50

3. Capítulo 1 53

3.1 Resumo 55

3.2 Introdução 56

3.3 Metodologia 57

3.4 Resultados 59

3.5 Discussão 60

3.6 Conclusão 63

3.7 Referências 64

3.8 Tabela 1 68

3.9 Tabela 2 69

3.10 Figura 1 70

3.11 Figura 2 70

3.12 Figura 3 71

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS 72

4. CONCLUSÃO 74

REFERÊNCIAS 75

APÊNDICE 79

1. INTRODUÇÃO

Para compreendermos o cenário atual da saúde pública no Brasil, e mais precisamente sobre as mudanças propostas pela nova Política de Atenção Básica (PNAB) 2017, é preciso fazer um resgate histórico sobre a Atenção Primária de Saúde (APS), no âmbito nacional e internacional, e sobre a inserção das Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para assim, fundamentar uma análise e discussão acerca das perspectivas geradas após a nova proposta de configuração das Equipes de Saúde da Atenção Básica.

No Brasil, até meados dos anos de 1980, temos a saúde ainda considerada como um produto de venda, onde os interesses políticos e privados se sobressaiam aos interesses da população. Fazendo com que a saúde fosse um artigo de luxo e privilégio de poucos. Frente a isso, no final dos anos 1080 e início dos anos de 1990, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira impulsionou uma reorganização social, política e econômica com o intuito de mudar esse cenário (CUETO, 2018).

O resultado desse embate foi a conquista do direito universal, integral e equânime à saúde. Princípios básicos que compõem, o tão aguardado, Sistema Nacional de Saúde (SNS): o Sistema Único de Saúde (SUS). Que através de um suporte de “engenharia político-institucional” elaborou normas operacionais básicas, pactos, plano de desenvolvimento da regionalização e outros, para a sua sustentabilidade institucional, e materialização de estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias. (PAIM, 2018).

Viabilizando assim avanços em diversos campos, com destaque para a APS com cerca de 70% de cobertura pelas equipes de Saúde da Família em 2017. A estratégia Saúde da Família tem sido um dos principais mecanismo de expansão de cobertura da APS, ampliação do acesso ao sistema de saúde, redução de internações por condições sensíveis à APS, e redução de mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis (OPAS, 2018).

Com pouco mais de 30 anos de implantação, o SUS ainda enfrenta questões relacionadas à interesses econômicos e financeiros de operadoras de planos de saúde, da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Além da falta de

apoio do Estado para atingir a sua sustentabilidade econômica e cientifico-tecnológica. Por muito tempo o SUS enfrentou o subfinanciamento crônico, e apesar da EC-29/2000 assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, proporcionalmente o gasto público se manteve inferior ao gasto privado. E com a EC-95/2016 o subfinanciamento acabou por se cristalizar. Deste modo, percebe-se que o maior desafio de fato do SUS é o político (PAIM, 2018).

A APS foi adotada pelo SUS como centro do desenvolvimento e lógica de suas ações. E com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, buscou-se ampliar o acesso e oferecer assistência equânime e reforçar o princípio da integralidade através da inclusão das Equipes de Saúde Bucal no quadro do PSF, que ocorreu oficialmente no ano 2000 por meio da Portaria nº 1444 de 28 de dezembro, a qual estabeleceu incentivo financeiro para a atenção à saúde bucal (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Diante da expansão da Estratégia de Saúde da Família foi preciso reorganizar a APS no país, assim o Ministério de Saúde (MS) propôs a PNAB em 2006, um marco histórico para a atenção básica, que teve por objetivo estabelecer diretrizes e normas para o PSF e para o PACS. Visando o seu aprimoramento, a PNAB passou por duas revisões a primeira em 2011 e a outra em 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A última revisão da PNAB, propôs mudanças significativas principalmente quanto a organização e composição dos profissionais das equipes de saúde. Abrindo a possibilidade de os gestores municipais optarem pela modalidade de equipes a ser implantada; Equipe de Atenção Básica (eAB) ou a Equipe de Saúde da Família (eSF) tradicional. Com a possibilidade de inserção ao não de Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, e de Agente de Controle de Endemias. Além disso, recomendou a inclusão do Gerente de Atenção Básica, além de outras alterações (BRASIL, 2017).

Diante de um contexto histórico de saúde bucal excludente, fragmentado e com ênfase no curativismo, que preponderou até a inserção das eSB na ESF e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), bem como os problemas epidemiológicos atuais em saúde bucal, tais como, a cárie dentária, a doença periodontal, o câncer bucal e a fluorose dental; inúmeros questionamentos começam a

surgir com relação a nova proposta da PNAB 2017. Principalmente sobre a possibilidade de não inserção das eSB na ESF. A excedente autonomia dada aos gerentes com relação a flexibilização das equipes de saúde. E o futuro da assistência oferecida à toda a população referente ao acesso, a integralidade e a cobertura populacional.

Deste modo, questiona-se qual seria o impacto gerado pela PNAB 2017 sobre o quantitativo de Equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)? Ou seja, qual seria a tendência de escolha dos gestores responsáveis pela inclusão de equipes de saúde na atenção primária? E ainda quais seriam os motivos para essa tomada de decisão? Levando em consideração o momento político e econômico atual do país. Contudo, há de se pensar ainda no impacto gerado para a saúde geral e bucal da população, que depende exclusivamente das ações do SUS, a curto e a longo prazo.

Assim este estudo teve por objetivo analisar o efeito da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017 no quantitativo de Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família entre outubro de 2017 e julho de 2019. A partir de reflexões acerca de um arcabouço histórico sobre a organização dos serviços de saúde e a inserção das práticas Odontológicas no SUS. E análise de conteúdo jurídico como Leis, Portarias e Decretos relacionados a APS, a PNAB, a ESF e a PNSB. Além de análise estatística descritiva de dados sobre o histórico de cobertura de saúde bucal nos municípios brasileiros, disponíveis na plataforma e-Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Deste modo este estudo tem por propósito contribuir para discussões e análises futuras acerca da tomada de decisão dos gestores municipais quanto a inserção das eSB na ESF após a PNAB 2017. Bem como viabilizar a correlação entre o quantitativo das equipes, os indicadores de saúde bucal e a qualidade de vida da população.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve trajetória histórica da Atenção Primária de Saúde no âmbito internacional

A Atenção Primária de Saúde, no âmbito internacional, passou ao longo dos anos por algumas modificações desde a sua idealização expressa em 27 de maio de 1920 na Grã-Bretanha. Através da publicação do primeiro relatório advindo do Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins; o Relatório Dawson, que sob a Lei do Ministério da Saúde de 1919, propôs mudanças nos rumos das ações de saúde (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Este relatório sugeriu a implantação de uma política abrangente, que proporcionasse a extensão e o desenvolvimento dos serviços de saúde, pois estes haviam se tornados insuficientes, e os novos conhecimentos médicos não conseguiam atingir a todas. Ele traz a ideia de que os melhores meios para manter a saúde e curar as doenças deveriam ser disponibilizados a todos os seus cidadãos. E que a medicina preventiva e curativa jamais poderia ser exercida de forma separada (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Ele traz o conceito de que os “serviços domiciliares de um determinado distrito seriam baseados em um Centro de Saúde Primário - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva a serem conduzidos pelos clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o auxílio de visitas. Consultores e especialistas”. Deste modo, há cem anos, tivemos o esboço inicial para a implantação e desenvolvimento de uma estratégia de saúde voltada para a atenção primária (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Um marco internacional importante para a APS foi a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu na cidade de Alma-Ata, antiga União Soviética (URSS) em 1978. Nesta ocasião a APS foi reconhecida como coordenadora do cuidado, porta de entrada dos usuários para os demais serviços, e de cunho integral, destinada ao acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo (CHAVES, 2016).

Após a declaração da Alma-Ata, a APS se disseminou pelo mundo e obteve diversos desfechos conforme os contextos políticos e econômicos de cada país. Em

países com governos conservadores, a concepção de APS se manteve restrita; ao invés de integral e abrangente. Com a intenção de torná-la mais alcançável para certos países, a Fundação Rockefeller propôs, no ano seguinte, na Itália, junto as agências internacionais, como o Banco Mundial, a atenção primária de saúde seletiva. Sendo esta considerada uma estratégia de intervenções de baixo custo ou ainda um pacote emergencial para controlar as principais doenças em países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A crítica literária sobre a estratégia da APS seletiva é com relação a sua estagnação, o que era para ser de caráter provisório em muitos países acabou por ser definitivo. Divergindo assim da ideia de pacote emergencial, ou de base introdutória para a APS abrangente. Resultando na estagnação da APS, uma vez que as ações em saúde eram financiadas apenas por intervenções de baixo custo-efetividade, realizadas por profissionais de saúde, com estrutura assistencial sem ênfase na prevenção, com foco apenas na doença e não na qualidade de vida dos indivíduos (CUETO, 2018).

No Brasil, a APS começou a ganhar força a partir dos anos de 1970, quando movimentos sanitaristas começaram a surgir. Ao final desta década, o Ministério da Saúde (MS) criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que lançou o seu primeiro manual de normas técnicas para a vigilância de doenças, fato este que apontou para o surgimento de uma nova abordagem epidemiológica, de caráter metodológico e científica, que correlacionava causa e risco. Isso rompeu com a ideia anterior de apenas investigar e notificar doenças. Este e outros fatores contribuíram para que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ganhasse força e fosse a diante em busca de melhorias para a área da saúde (FIGUEIREDO, 2011).

2.2 A democratização da saúde no Brasil

Chegar até a inserção da APS no Brasil não foi fácil. O Movimento da Reforma Sanitária foi marcado por um longo processo de luta pelo direito universal à saúde, com marcos históricos importantes como, por exemplo, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1979; o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1984; a VIII CNS em 1986, a promulgação da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 05 de outro de 1988; a Leis 8080/90, que dispões sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências de recursos; a IX CNS em 1992, entre outros.

Para compreendermos todo esse processo, é preciso rever a trajetória histórica sobre as políticas públicas do Brasil e os modelos de saúde adotados ao longo dos anos, e assim criar subsídios para uma análise acerca da Política Nacional da atenção Básica. Em geral, encontramos as atividades de análise de políticas no Brasil organizadas por períodos históricos com início na década de 1930 (FARAH, 2016).

Assim temos, entre o período da primeira República até a Revolução de 1930, o surgimento do primeiro modelo de saúde, que contribuiu para a construção das políticas de saúde, o ‘Sanitarismo’ ou ‘Campanhista’. Sua principal característica era o combate às doenças através de ações coletivas e de campanhas. Também nesse período podemos identificar, nas origens da Previdência Social, o início do processo de participação estatal da prática odontológica no Brasil. Assim temos no ano de 1923, a promulgação da Lei Eloy Chaves, que cria nas empresas de estrada de ferro no país uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), após articulação de trabalhadores. Os segurados e beneficiários, mediante contribuição financeira, recebiam benefícios referente a aposentadoria, pensões, assistência médica, e também a assistência odontológica (CHAVES, 2016).

A partir de 1933 tem-se a criação e desenvolvimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que iniciam a oferta de serviços odontológicos mínimos e essenciais como as extrações dentárias e os atendimentos emergenciais. Esse período foi marcado por intensa pressão exercida pelos assalariados urbanos no cenário político e econômico do país. Uma vez que havia uma intensa massa trabalhadora, um aumento da inflação e péssimas condições de vida; resultando em grandes necessidades de saúde. E ainda, nem todas as categorias de trabalhadores eram atendidas por estes Institutos (CHAVES, 2016).

Deste modo, entre os anos de 1945 e 1964, um novo ator, não governamental, entrou em cena, com o objetivo de influenciar as políticas públicas, a sociedade civil passou a se organizar em diversas instituições polarizadas em torno de posições ideológicas e políticas. Em 1953 tem-se a independência do Ministério da Saúde que

inicialmente se manteve engessado devido a pequena fração orçamentária recebida pelo governo (FARAH, 2016).

Em 1964, com o golpe militar, houve a retomada do projeto de modernização do Estado, visando separar a administração e a política. A implantação desse regime autoritário baseou-se na restrição de direitos civis e políticos, na legitimação do autoritarismo através de bases tecnoburocráticas. Para apoiar as ações governamentais foi criado o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), que se destinava a realizar pesquisa de economia aplicada, orientadas para políticas públicas, a fim de ajudar o governo a formular o planejamento a médio e a longo prazos. Isso deu início a uma nova atividade de análise de políticas, apesar de inicialmente restringir-se a análise de custo-benefício (FARAH, 2016).

A partir de 1973 esse modelo econômico começou a chegar ao fim, e deu-se início a uma crise econômica e sanitária com reflexos desastrosos para a área social, gerando intensa insatisfação resultando na primeira manifestação após o Golpe Militar, nas eleições de novembro de 1974. Assim as demandas por serviços de saúde aumentaram em decorrência do quadro epidemiológico de meningite, malária e doença de Chagas, além da mortalidade infantil e desnutrição (CHAVES, 2016).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que trouxe a fusão dos serviços médicos e odontológicos exercido em vários órgãos para um único órgão: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Diversas reformas administrativas foram empregadas com o intuito de promover a organização do sistema de saúde. O INAMPS por sua vez foi extinto em 1993 após transferência de suas competências para os gestores federais, estaduais e municipais do SUS (BARBOSA et al, 2018).

A constituição do Sistema Nacional de Saúde brasileiro ocorreu na década de 1980, época marcada pela democratização do país e pela crise do nacional-desenvolvimentismo. A partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 o regime de políticas públicas sofreu uma intensa transformação após a criação de mecanismos de participação da sociedade civil na formulação, implementação e no controle das políticas. Assim, “as políticas públicas passaram a ocupar um lugar central na agenda governamental”. E nas décadas de 1980 e 1990 houve uma

institucionalização do campo de política pública no Brasil, resultado da liderança da ciência política (FARAH, 2016).

O SNS promoveu a incorporação da reorganização dos serviços de proteção sanitário-bucal, levando assim ao surgimento de desafios ligados às novas práticas. A expansão da esfera pública subsetorial odontológica foi a característica mais relevante nesse período, uma vez que agenciou a formação de novos públicos técnico e novos fóruns de debates (BARBOSA et al, 2018).

No período da Nova República, em 1986 foi realizado a VIII CNS, que recebeu destaque por ser a primeira conferência de saúde aberta ao público civil, promovendo assim a participação popular sobre um assunto de seu próprio interesse; a sua saúde. Assim, ela contou com a participação de mais de 4.000 pessoas de diversos segmentos sociais que se uniram contra a ditadura militar e o autoritarismo das práticas de saúde públicas exercidas até então. A VIII CNS almejava para além de uma simples mudança do sistema de saúde atual, ela buscava uma transformação; um modelo de saúde que transcendesse os muros e atingisse também outros setores adjacentes à área da saúde. Denotando uma nova percepção sobre o conceito de saúde e do processo saúde-doença (BRASIL, 1986).

Neste mesmo ano, foi realizado I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em Brasília com aproximadamente mil participantes e 386 delegados eleitos em pré-conferencias regionais. Foi também, a primeira conferência de saúde bucal que reuniu representantes dos setores público e privado da odontologia, estudantes e representantes da comunidade. Nela foi enfatizado aspectos como: as condições da atenção odontológica da população, o princípio da integralidade visto que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral no indivíduo (BARBOSA et al, 2018).

É importante ressaltar ainda que a aprovação do relatório final da VIII CNS foi resultado de discussões altamente democráticas e consensuais entre instituições relacionadas a saúde, representantes da sociedade civil, de profissionais de saúde, e de partidos políticos. Os temas abordados neste documento foram três: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Este documento serviu de base para a criação do SUS, o novo sistema de saúde público (BRASIL, 1986).

A necessidade por saúde era urgente e no período de transição, antes da implantação do SUS, o Estado acabou por criar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que trouxe benefícios como a redução da máquina previdenciária no âmbito estadual, promoção da descentralização dos serviços de saúde para os estados e municípios, e também o emprego de um gestor único da saúde em cada esfera de governo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A CFB de 1988 trouxe um novo panorama para a saúde, quando afirmou que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, os Artigos 196 a 200, da Seção II – Da Saúde, apresenta-se como base oficial para o desenvolvimento do SUS. E pontua questões como: a responsabilidade do Poder Público sobre as ações e serviços de saúde; a existência de uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, seguindo certas diretrizes; a participação da comunidade; financiamento; iniciativa privada, entre outros (BRASIL, 1988).

Contudo, a implantação do SUS não foi algo simples, pois haviam muitos obstáculos a serem vencidos, como, por exemplo, a centralização de poderes administrativos, a falta de transparência a aplicação dos recursos públicos, a mercantilização da saúde, a inadequada formulação de recursos humanos, a falta de investimentos em pesquisas, o predomínio do interesse do setor privado na área médico-hospitalar, além das desigualdades sociais e regionais existentes em todo o nosso território nacional. E ainda, a necessidade de quebrar o paradigma do modelo biomédico, onde o foco estava centrado na doença e no uso de altas tecnologias para os tratamentos que ainda perdurava por todos os âmbitos da saúde (BRASIL, 1986).

Pensando ainda na organização inicial do SUS, para além das dificuldades administrativas iniciais como a falta de recursos humanos, o sistema passou a ter a responsabilidade de absorver uma intensa demanda emergente de indivíduos com necessidades de saúde. Denotando uma necessidade de se fazer uso de uma lógica de gestão para alcanças as necessidades de assistência e eficiência econômica. Diante disso, o modelo de atenção primária foi adotado como centro do Modelo de Saúde

Pública, com o propósito de direcionar as ações em saúde, tendo como foco central o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Considerando as dificuldades enfrentadas pelo SUS; e a necessidade de fortalecimento de suas bases e de sua organização, foram implementadas as Leis Orgânicas nº 8080/90 e a nº 8142/90. Que respectivamente, dispõem sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, também sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde; e a participação da comunidade na gestão do SUS, através dos conselhos de saúde, e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990; 1990a).

E, seguindo esta mesma linha surgiram as chamadas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), em 1991, 1992, 1993 e 1996, com o objetivo de colaborar com a implantação do SUS e auxiliar no processo de descentralização da gestão, das ações e serviços de saúde (GIL, 2006).

A II CNSB foi realizada em 1993 e propôs um engajamento da política de saúde bucal com o SUS; visando garantir o acesso e a equidade da assistência odontológica. Apesar da extinção dos programas nacionais de saúde bucal, o SUS foi inserindo pequenos avanços como por exemplo a aprovação dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios para desenvolverem procedimentos coletivos como a aplicação de bochechos de flúor e escovação supervisionada (BARBOSA et al, 2018).

Com o objetivo de mudar o cenário fragmentado das ações de saúde bucal e contemplar as diretrizes do SUS e da atenção básica o MS através da Portaria nº 2.607, que aprovou o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil, incluiu e explicitou a saúde bucal como uma das prioridades do governo, tendo as suas ações pautadas pela Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente (BARBOSA et al, 2018).

É preciso destacar ainda que o movimento da Reforma Sanitária, apesar de parecer distante, permanece com sua essência no dia a dia das instituições de saúde, durante as ações desempenhadas pelos profissionais da área ou de outros segmentos sociais. Tendo em vista que transitamos constantemente pelos papéis de indivíduos, usuários ou ainda gestores do sistema de saúde (PAIM, 2015).

Diante do exposto ficou evidente que o período da ditatura militar causou um retardo no avanço do campo das políticas públicas, assim como a supremacia de interesses políticos e a corrupção. Através do processo de redemocratização, podemos verificar como a participação popular influenciou na mudança de sua própria história. A união de diversos atores, coadjuvantes ou protagonistas, resultou no alcance do direito universal, integral e equânime à saúde. Porém, as políticas de saúde pública ainda se encontram em desenvolvimento no nosso país. Assim, é preciso lembrar que a luta é constante, e a caminhada é árdua e longa.

2.3 Principais características da Atenção Primária da Saúde

O cuidado à saúde se faz presente em todo o ciclo da vida humana. O que implica dizer que ele acompanha um certo indivíduo, do seu nascimento até a sua finitude. Pensando nisso, temos em todos os sistemas de serviços de saúde duas metas principais. A primeira diz respeito a otimização da saúde da população por meio do emprego de conhecimento mais avançado no manejo das doenças. E a segunda refere-se à minimização das desigualdade entre os subgrupos populacional, através da garantia do acesso igualitário aos serviços de saúde com um ótimo nível de qualidade (STARFIELD, 2002).

Desde a ruptura com o modelo biomédico de tratamento, o cuidado à saúde passou a adotar uma visão integral do indivíduo, considerando-o no seu todo, incluindo o seu contexto de vivência e ambiente de trabalho. Sob esta perspectiva, tem-se a certeza de que o processo de saúde-doença não acontece de forma isolada ou sob um único aspecto. Cabendo assim, não apenas a atenção subespecializada, de característica onerosa, mas também a atenção primária com vistas a integrar a variedade de problemas de saúde com a vantagem de ser mais acessível, uma vez que nem todos os países possuem recursos suficientes para prover uma atenção altamente onerosa que requeira investimentos altos em tecnologias (STARFIELD, 2002).

As principais características da APS são: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A ‘porta de entrada’ corresponde ao primeiro contato, por onde os usuários são acolhidos passando a ter acesso aos demais serviços. A longitudinalidade diz respeito ao cuidado destinado ao longo de sua vida dos usuários

estando estes sadios ou doentes. A integralidade se volta para o amplo aspecto das necessidades dos usuários como as do âmbito orgânico, psíquicos e sociais. E por último a ‘coordenação’ que assume a responsabilidade de manter uma dinâmica de assistência contínua. A ‘coordenação’ se atem ao acompanhamento longitudinal de prontuários, continuidade da assistência de portadores de doenças crônicas, e outros. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

São conhecidos três tipos de APS, a Abrangente, a Seletiva e a Clássica. A APS Abrangente, também conhecida como Ampliada ou Integral foi proposta inicialmente pela conferência de Alma-Ata. Ela foi descrita como orientadora do sistema possibilitando a oferta de atenção integral, inclusiva através de apoio econômico e legal. Mas, devido a sua idealização inalcançável por muitos países em desenvolvimento, em decorrência das dificuldades financeiras e organizacionais, foi adotado inicialmente a APS Seletiva. Que é descrita como um pacote de intervenções de baixo custo destinado a combater as principais causas da mortalidade infantil e de certas doenças infeccionas (ALMEIDA et al, 2018).

Deste modo, ela se destina a ações voltadas para grupos e doenças específicas, com um número de serviços limitados e com alto impacto sobre certos problemas de saúde. São exemplos dessas ações: “as imunizações, a terapia de reidratação oral, a alimentação suplementar, a alfabetização e o planejamento familiar”. Um exemplo de tratamento é o direcionamento de recurso para a diminuição da mortalidade infantil por diarreia através da hidratação oral, de menor custo, comparado com o investimento em saneamento básico. Apesar das críticas, este tipo de atenção, em muitos dos casos se faz necessário, como por exemplo em casos de surtos de diarreia que necessitam de intervenções imediatas. O que não se deseja é que este tipo de sistema seja a base de toda a APS (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018).

Com relação a APS de caráter Abrangente, temos os seguintes atributos essenciais: a prestação de serviços de primeiro contato; o cuidado ofertado de forma longitudinal, ao longo da vida dos usuários; a assistência integral, cobrindo aspectos como o físico, o psíquico e o social, observando os limites de atuação dos profissionais de saúde; e a coordenação de ações destinadas a resolver necessidades mais complexas porém menos frequente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Outra característica importante da APS Abrangente é a atenção ‘centrada na família’, que reconhece o contexto e a dinâmica familiar como forma de avaliar melhor as necessidades do indivíduo e de sua família. Para tanto, é preciso que a equipe de saúde tenha ‘competência cultural’, para reconhecer as diferentes necessidades entre os grupos, através da comunicação e da escuta. Todo esse processo é facilitado pela integração dos membros da equipe, representados no Brasil pelos ACS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A APS Clássica possui tendência universalizante, tem bases na atenção dos principais problemas de saúde da população, pauta-se no atendimento clínico, e é centrada no profissional médico. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a APS “pode ser entendida como uma organização do sistema de saúde com a disponibilidade de clínicos gerais e médicos de família para os cuidados dos problemas comuns” (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018).

Um país que adotou esse tipo de APS foi a Inglaterra, que oferece consultas médicas eletivas ou atendimento de livre demanda, atende a doenças crônicas, exames citopatológicos, imunizações ou ainda procedimentos cirúrgicos simples. O profissional médico é a figura central, não existem agentes comunitários e apesar desse programa apresentar uma boa resposta clínica não se tem relação com os problemas comunitários e sociais. Uma justificativa para isso seria que as questões sociais, como educação e trabalho, já estariam garantidas à população (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018).

Contudo, somente a APS Abrangente anunciada pela Declaração de Alma-Ata, é a que supre a real necessidade de saúde da população. Ela considera a cultura de cada população, e acolhe a todas as suas necessidades. Ela representa uma estratégia de organização e coordenação do sistema, e para a sua consolidação é preciso uma fundamentação legal, institucional e organizacional sólida, bem como recursos humanos financeiros, técnicos e humanos sustentáveis e adequados para o alcance da equidade em saúde. Além disso, faz-se necessária a participação social junto as equipes da APS nas articulações intersetoriais, visando encontrar soluções para os problemas que afligem a comunidade, melhorando as condições de vida dessas famílias (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018).

2.4 O início da Atenção Primária de Saúde no Brasil

No Brasil a APS é definida como sendo “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Ela é empregada por meio de ações gerenciais e sanitárias democráticas e participantes. Suas práticas são desenvolvidas através do trabalho em equipes, destinadas as populações de territórios bem delimitados, através do uso de tecnologias de elevada complexidade de baixa densidade. Tais ações destinam-se a resolver os problemas de saúde que apresentem maior frequência e de maior relevância dentro de seu território. Os seus conceitos basais são orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, humanização e participação social (BRASIL, 2006a).

Porém, até a NOB-93 não se observa referências sobre a existência de modelos de atenção à saúde, nem tão pouco qualquer recomendação sobre a organização dos cuidados primários ou serviços básicos de saúde. Tem-se referência apenas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição e saneamento básico. Somente na NOB-96, Portaria nº 2.203/ 96, é que encontramos menção sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, com ênfase no programa de saúde da família como uma opção (GIL, 2006).

Assim, a NOB-96 apresentou um modelo de atenção centrado principalmente nos resultados esperados, e não somente no financiamento da saúde. Ela também enfatizou a importância de existir um vínculo entre serviços e usuários, com foco na comunidade e nos núcleos familiares. Assim, como a necessidade de incorporar a integralidade nos modelos clínico e epidemiológico. Podemos observar o uso dos termos: serviços básicos e ações básicas, mas não há referência à Atenção Básica à Saúde e nível primário de atenção. Contudo, aborda o financiamento do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (GIL, 2006).

Com relação as Conferências Nacionais de Saúde temos a APS valorizada pela VII CNS, que ocorreu em 1980, abordando o seguinte tema: Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Que destacou a intersetorialidade e a Atenção Primária à Saúde como meio de mudança da saúde no Brasil. Essa conferencia fez

referência as ações básicas e a assistência básica de saúde. Porém nas conferências seguintes a APS se manteve as margens das discussões, uma vez que esse momento o foco estava voltado para a democratização da saúde e para a municipalização (GIL, 2006).

Foi durante o processo de implantação do SUS que as práticas de APS foram implantadas como política de Estado. Por ser porta de entrado no SUS a APS se localiza no primeiro nível de atenção, compondo uma rede hierarquizada e de complexidade crescente (ALMEIDA et al, 2018).

No Brasil, a APS iniciou-se com a seletiva e mesmo com a implantação da estratégia do PACS e do PSF se manteve seletiva, pois se limitou a desenvolver ações de reidratação oral, aleitamento materno, e apesar de ter suas ações clínicas ampliadas ela ainda priorizava a população abaixo da linha da pobreza, por mais que isso significasse um avanço (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018).

A partir da implantação do PACS e do PSF, estratégias, ações e programas foram instituídos ao longo do tempo até a consolidação da APS brasileira. A partir do desenvolvimento dessas ações, percebeu-se a necessidade de elaborar uma política nacional que priorizasse de fato a APS, definindo prioridades e otimizando os gastos públicos. Desde modo, o MS idealizou em 2003 a produção da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2006. Visando fortalecer o emprego da estratégia de saúde da família e a consolidação da APS, em 2011 foi feita a primeira revisão da PNAB que manteve a essência da anterior, e introduziu inovações relacionadas com a ampliação do acesso, cobertura, resolutividade da atenção básica, introdução de novos arranjos das equipes de saúde bucal, entre outros. E atualmente temos a última revisão da PNAB feita em 2017 (ALMEIDA et al, 2018).

2.5 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Foi por meio da Portaria 1.886/97 que a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família ocorreu. Através da aprovação das normas e diretrizes objetivou-se regular a implantação e a operacionalização de tais programas. Deste modo o MS reconheceu o PACS e o PSF

como importantes estratégias para o aprimoramento e a consolidação do SUS, através da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997).

A portaria trouxe as responsabilidades de cada entidade gestora envolvida como o PACS, e as suas diretrizes operacionais. Dentre as atividades operacionais dos ACS estão: a adscrição de famílias a partir de bases geográficas definidas, com o acompanhamento de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas para cada ACS. Com relação ao ingresso dos ACS, seria via processo seletivo, seguindo requisitos como ser morador da área de atuação por no mínimo dois anos, saber ler e escrever, e ser maior de 18 anos. Suas ações estariam voltadas para as atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade sob supervisão. E, o monitoramento e a avaliação das ações eram realizados por sistemas de informação, como por exemplo, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou pelo Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) (BRASIL, 1997).

Com relação as atribuições básicas dos ACS são elencadas a realização do cadastramento das famílias, com participação na realização do diagnóstico demográfico, definição do perfil sócio econômico da comunidade, descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da área de abrangência; acompanhamento das micro áreas de risco; visitas domiciliares, com maior frequência nos domicílios que requeiram atenção especial; vigilância de crianças menores de 01 anos consideradas em situação de risco com acompanhamento de crescimento de crianças de 0 a 5 anos; promoção da imunização de rotina de crianças e gestantes; promoção do aleitamento materno exclusivo; monitoramento das diarreias, dermatoses e parasitoses em crianças; orientação aos adolescentes e familiares na prevenção das DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas; ações educativas, busca ativa, dentre outras responsabilidades (BRASIL, 1997).

Com essa descrição pode-se perceber o quanto o papel do ACS é importante para a saúde do indivíduo, da família e da comunidade, principalmente para aqueles que mais necessitam de atenção. As ações desenvolvidas por estes profissionais

formam a base para todo o arcabouço do cuidado, contemplando assim os princípios do SUS e da APS.

2.5.1 O Programa de Saúde da Família

Ainda na portaria 1.886/97 também encontramos as normas e diretrizes relacionadas ao PSF. Assim temos a divisão das responsabilidades no âmbito das três esferas de gestão do SUS. Cabendo ao MS o estímulo à adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde, o estabelecimento de normas para a sua implantação, a garantia de recursos federais, entre outros. E a Secretaria Estadual a definição de estratégias de implantação do programa, a garantia de recursos estaduais, o cadastro das USF no SAI/SUS, a prestação de assessoria técnica aos municípios, entre outras responsabilidades (BRASIL, 1997).

Já os municípios ficaram encarregados de implantar e operacionalizar o PSF, garantindo a capacitação e a educação permanente das Equipes de Saúde da Família, e o uso dos dados gerados pelo sistema de informação. Além de garantir a referência e contrarreferências aos serviços de apoio, ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar, dentre outros. (BRASIL, 1997).

Assim as atividades operacionais do PSF deveriam contemplar a integralidade da assistência, a abordagem multiprofissional, o estímulo a participação e o controle social. É neste ponto que se encontra a caraterização das USF como sendo: “unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional”. E possui características de nível primário de atenção, primeiro contato da população, definição de território de abrangência.

Com relação a sua área de abrangência uma USF podia se responsabilizar por no máximo 1000 (mil) famílias ou 4.400 (quatro mil e quinhentas) pessoas. A recomendação era que a composição mínima da eSF fosse composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (respeitando a proporção de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas) (BRASIL, 1997).

Observa-se, portanto, que para a incorporação dos incentivos financeiros do MS, ou seja, para a montagem inicial das equipes de saúde da família, os municípios

não eram obrigados a inserir nas equipes de saúde a figura dos ACS. O que não caracteriza uma exclusão deste personagem chave no sistema, mas sim uma oportunidade para que os municípios pudessem iniciar de forma simplificada a inserção do programa.

2.5.2 O aprimoramento da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Chegou o momento de focar na gestão na APS, e frente a necessidade de orientar os gestores municipais com relação a organização do sistema municipal de saúde e às ações de atenção básica, o Ministério da Saúde propôs em 1998, a Portaria nº 3.925, de 13 de novembro, que trata-se de um manual com orientações para a reorganização da atenção básica no SUS. Além disso, ele aborda questões sobre o financiamento e os indicadores de acompanhamento da atenção básica. Estes indicadores, destinam-se a mensurar e comparar a evolução das ações empregadas ano a ano permitindo assim o direcionamento das ações de saúde (BRASIL, 1998).

Essa portaria conceitua a AB como sendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, do primeiro nível de atenção voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Sendo estas ações não limitadas aos procedimentos do Grupo Assistência Básica do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), quanto ao PAB (BRASIL, 1998).

Quanto as responsabilidades dos municípios, a portaria deixa claro que fica a cargo da sua administração assumir gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver as ações da AB. Bem como mudanças na forma de realização do trabalho em equipes de saúde, com criação de vínculos entre a população e os serviços e expansão da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas visando contemplar as diferentes realidades do pais (BRASIL, 1998).

Assim, para facilitar a compreensão dos gestores sobre as suas responsabilidades foram criados dois blocos. O primeiro refere-se à Responsabilidade na Gestão da Atenção Básica e o outro bloco sobre a Responsabilidade na Atenção às Pessoas. No primeiro tem-se orientação acerca de desenvolvimento de métodos e instrumento de planejamento e gestão. Relacionados a temas como referência e contra referência, causas mais frequentes de adoecimento e morte dos munícipes,

cadastramento das unidades públicas e privadas ambulatoriais sob a gestão do município e acerca dos sistemas de informação em saúde, entre outros (BRASIL, 1998).

No segundo bloco de orientações aos gestores encontrar-se assuntos ligados às questões sobre ações educativas, investigação de casos e doenças, incentivo ao aleitamento materno, combate as doenças preveníveis por imunização, combate às carências nutricionais de crianças de 0 a 5 anos e idosos acima de 60 anos e outros (BRASIL, 1998).

2.5.2.1 A inserção de práticas de Saúde Bucal na Atenção Primária

A Portaria nº 3.925/98 traz, ainda que tímida, a inclusão de ações de Saúde Bucal sob a responsabilidade da APS. Assim este manual propõe que, dentre as ações básicas destinadas a toda a população, seja incluído a responsabilidade do atendimento à pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica, com o objetivo de ampliar o acesso às ações e serviços de saúde a serem alcançados pelos estados e municípios (BRASIL, 1998).

E como ações de saúde bucal destinadas a grupos específicos da população temos a Higienização bucal supervisionada na população de 0 a 4 anos, com evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados prioritariamente em população de 5 a 14 anos de idade, bem como procedimentos cirúrgicos e restauradores. Com o impacto esperado na redução da incidência de carie dental e da doença periodontal, além de atingir a cobertura de procedimentos odontológicos curativos na faixa etária de 5 a 14 anos. Adotando como o indicador a cobertura de procedimentos odontológicos preventivos em população variando de 0 a 14 anos (BRASIL, 1998).

A Portaria nº 3.925/98 foi um instrumento importante para a descentralização da saúde. Onde finalmente temos a saúde da população vista de forma mais integral, através da introdução de ações de saúde bucal, compondo o primeiro nível de atenção de saúde. Que neste primeiro momento priorizou as ações de emergência, e prevenção e tratamento de uma população bem delimitada. Trouxe conceitos sobre instrumentos necessários para a reorganização gerencial e operacional da AB, como o cadastro e a

implantação do cartão SUS, a adscrição da clientela, a referência para a assistência de média e alta complexidade, dentre outros aspectos (BRASIL, 1998).

2.6 A Política Nacional de Saúde Bucal

Antes da Constituinte a prática odontológica era predominantemente liberal e mercantilista, e privilegiava principalmente a atenção individual e reparadora ao invés de ações preventivas de alcance coletivo. Assolando a saúde bucal e a qualidade de vida da população. Com a definição do sistema de saúde e a adoção da APS como coordenadora do cuidado a saúde bucal emergiu entre o meio da saúde coletiva após a publicação da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. A qual criava o incentivo para a incorporação das eSB no programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Neste mesmo ano deu-se início ao Projeto SB 2000, encarregado de avaliar a real condição de saúde bucal da população brasileira e gerar dados para o planejamento das ações. A partir dos resultados apresentados no relatório do Projeto SB 2003, uma nova portaria acabou com a obrigatoriedade, até então, da relação de uma eSB para cada duas eSF (ELY et al, 2009).

Diante dos preceitos da APS e dos problemas bucais persistentes como a cárie dentária, a doença periodontal, o câncer bucal, a fluorose, e ainda os traumas dentários e de face, as alterações de oclusão, somados ao momento político, tem-se em 2004, o lançamento das diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, que reforçou a inclusão da eSB na ESF, criou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e organizou um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor. Diante de tais desdobramentos tem-se um enorme avanço no cuidado à saúde bucal. Através da ampliação do acesso, a oferta imaginável, até então, de especialidades, e no planejamento do cuidado (CHAVES, 2016).

A PNSB surgiu com o propósito de romper com uma configuração recorrente de um sistema público de atenção à saúde bucal de longa data histórica marcada com rupturas e continuidades. Ela “expressou um conjunto de diretrizes e articulação de ações de saúde bucal no SUS, com concepção ampliada de saúde na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na qualificação e ampliação da atenção primária e especializada”. Essa nova Política proporcionou a ampliação do

financiamento, infraestrutura e organização da rede de serviços de saúde bucal (CHAVES, et al, 2018).

Com relação a realidade epidemiológica Brasileira, é observado nos últimos 30 anos uma tendência de redução da prevalência e severidade da cárie dentária na população jovem e em adultos jovens, embora em menor intensidade. Mas, em crianças de cinco anos de idade esse agravo permanece persistente, bem como em adultos e idosos. A cárie atinge principalmente aqueles de menor nível socioeconômico, ou maior vulnerabilidade social, com piores condições de vida, escolaridade ou renda. Embora, tenha havido redução do índice de CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), é preciso lidar com a sequela cumulativa da cárie; a perda do elemento dental, que necessita de investimento políticos e financeiros para assegurar a reabilitação protética de muitos dos indivíduos de nossa população (CHAVES, 2016).

Um dos grandes avanços da PNSB é evidenciar essa necessidade, através da organização e cobertura dos CEO e dos Laboratórios de Próteses Dentária. Os investimentos empregados nesta área demonstram um maior uso de próteses na faixa etária de 65-74 anos. Porém, a necessidade de saúde da população adulta ainda permanece como uma demanda histórica, caracterizada pelo alto grau de complexidade e de cobertura, envolvendo o uso de próteses fixas e removíveis. A redução da prevalência de cárie reflete na redução da necessidade do uso de próteses, tendo a PNAB o papel de balancear tais porcentagens, promovendo o uso racional dos investimentos, sem deixar de seguir os princípios basais da atenção primária (CHAVES, 2016).

Uma das medidas de redução da doença cárie é a fluoretação das águas de abastecimento público. No país essa cobertura apresenta extrema desigualdade. Nos estados do Sul e Sudeste, onde se encontra a maior parte da riqueza, a cobertura é maior e nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura é menor; e é adotada apenas pelas capitais, em municípios com mais de 100.000 habitantes, com melhor renda e maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (CHAVES, 2016).

O resultado desta mescla de características, sobre as condições de saúde bucal, demonstra uma variabilidade na realidade de cada município, o que remete ao planejamento das ações de saúde de acordo com o seu quadro epidemiológico e índice

de morbidade. E isso pode influenciar, logicamente, na tomada de decisão dos gestores quanto a adoção da estratégia para o avanço das eSB.

Ao longo do tempo a PNSB promoveu a ampliação do quantitativo das eSB, demonstrado através de dados do MS, que indicaram um aumento entre os anos de 2003 a 2010, passando de 67 para mais de 20.000 equipes de saúde bucal. E entre os anos de 2011 a 2017 tem-se o quantitativo de mais de 21.000 equipes chegando até 25.905 eSB. Contudo, verificou-se que a cobertura populacional apresentou uma queda a partir do ano de 2010. Em 2009 era de 47,5% e em 2010 caiu para 34,7%, ficando posteriormente praticamente estagnada, e chegando a apenas 36,7% no ano de 2017. Com queda também para a cobertura de primeira consulta odontológica que era de 14,0% em 2008 e chegou a meros 8,3% em 2017 (CHAVES, et al, 2018).

Também foi observado um aumento no número de CEOs. Em 2008 era de 674 e em 2017 passou a ser de 1.100 unidades. Refletindo na ampliação do acesso a procedimentos mais especializados, como os tratamentos endodônticos e os procedimentos periodontais. No caso do número de tratamentos endodônticos foi constatado um aumento entre os anos de 2008 até 2016, mas sofreu uma queda no ano de 2017. Passando de 635.923 tratamentos em 2016 para 582.040 em 2017. Porém, no caso dos procedimentos periodontais foi constatado, neste mesmo período, um aumento nos procedimentos como ‘enxerto gengival’, ‘gengivectomia’ e ‘gengivoplastia’, e ‘tratamento cirúrgico’; conforme dados do Sistema de Informações Ambulatorias (SIA-SUS) (CHAVES, et al, 2018).

Apesar do aumento da oferta de serviços e melhorias do modelo assistencial, ainda é tímido o impacto sobre o perfil epidemiológico da população brasileira. Apesar da expansão histórica da rede, dos investimentos destinados às ações de saúde bucal e a implantação das eSB, essas medidas não são suficientes para atender as demandas existentes, necessitando assim de estratégias direcionadas a grupos com maior vulnerabilidade à doença cárie, através de planejamento local pelas equipes de saúde, com vistas a melhorar a qualidade dos serviços de saúde e a melhoria do quadro de saúde bucal (CHAVES, 2016).

Embora, tenha havido expansão histórica da rede, ela ainda não é suficiente para atender as demandas existentes, assim como os investimentos destinados às

ações de saúde bucal e a implantação das eSB, e que resulta em uma contribuição reduzida na melhoria dos indicadores epidemiológicos e assistenciais (CHAVES, 2016).

Frente a isso, observa-se ganhos importantes ocasionados pela PNSB à saúde bucal da população, mas que precisam ainda ser ampliados e consolidados. É ainda verificado uma leve queda nos percentuais de oferta de procedimentos e tratamentos a partir do ano de 2017, que podem estar interligados a diversos fatores, inclusive ao quantitativo das eSB.

2.7 O Pacto pela Saúde

Com a disseminação da estratégia do PACS e do PSF pelo país, e diante de seus resultados positivos, foi preciso avançar ainda mais e assim promover certos ajustes ao longo de seu emprego. Assim, surgiu a ideia de um pacto de compromisso entre as três esferas de gestores do SUS, entre os gestores e a população brasileira, com o intuito de consolidar o SUS, respeitando os seus princípios basilares, rumo a desburocratização da saúde e a melhoria de sua qualidade. Deste modo foi lançado o Pacto pela Saúde 2006, através da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro (BRASIL, 2006a).

O objetivo era superar as dificuldades existentes até então, como as desigualdades regionais e a falta de integralidade entre as gestões. Através de inserção de normas, diretrizes e metas prioritárias de atenção à saúde da população, revistas anualmente. Mediante ações articuladas e simultâneas entre os três componentes do Pacto pela Saúde 2006: o Pacto pela vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela vida 2006, era um conjunto de compromissos sanitários definidos pelas três esferas do governo, com vistas a consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como um modelo de atenção básica à saúde, e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Ele resgatou a ESF como estratégia prioritária para o fortalecimento da AB, mencionou a importância de qualificar os profissionais da AB através de educação permanente, a necessidade de consolidar a ESF nos pequenos e médios municípios e a sua ampliação nos grandes centros urbanos. Pontuando a necessidade de garantir o funcionamento das UBS, a divisão do financiamento da AB entre as três esferas de gestão do SUS, e a necessidade de

implantar o processo de monitoramento e avaliação da AB sobre a qualificação da gestão descentralizada, dentre outros (BRASIL, 2006a).

No bloco da Atenção Básica o financiamento das ações ficou a cargo das três esferas de gestão do SUS, que considerava duas modalidades: o Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável. Que respectivamente referiam-se ao custeio de ações de ABS e as estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da ABS como: a Saúde da Família, os Agentes Comunitários, a Saúde Bucal, a Compensação de especificidades regionais, AB aos Povos Indígenas e o Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário. Para ter acesso a estes recursos era preciso que os municípios realizassem a adesão e a implementação da estratégia específica definindo a utilização dos recursos no Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2006a).

Já o Pacto em Defesa do SUS destinou-se à articulação de ações entre as três esferas de gestão com o intuito de fortalecer o SUS como política de Estado, seguindo para isso os seus princípios basilares. Sua prioridade era implantar um projeto permanente de mobilização social com o objetivo de conscientizar a população sobre o seu direito universal à saúde por meio dos serviços do SUS. Ele também trouxe questões acerca de recursos, orçamentos e financiamentos para a saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Gestão do SUS, propôs a distribuição das responsabilidades de cada ente federativo, com o intuito de fortalecer uma gestão compartilhada e solidária do SUS. Frente as diferenças regionais do país, este Pacto promoveu a regionalização e a descentralização do SUS; reforçou a territorialização da saúde como base para a organização do sistema; e o controle social. Assim, priorizou a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, e estabeleceu diretrizes para a gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

Considerando as propostas do Pacto pela Saúde, a expansão do PSF como estratégia prioritária no país, e a necessidade de ajustar as normas para o desenvolvimento da AP no país, a Portaria 648/2006 aprovou a Política Nacional de Atenção de Básica que estabeleceu diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e para o PACS. Nesta portaria o MS se comprometeu a publicar manuais e guias para facilitar a compreensão destes detalhes operacionais. Além disso,

definiu que os recursos orçamentários, destinados aos municípios habilitados, para o atendimento assistencial básico e para a estruturação da rede de serviços da ABS, ficaria a cargo do próprio MS (BRASIL, 2006b).

2.8 A Política Nacional de Atenção Básica 2006

Um marco extremamente importante para a AB no país foi a proposta da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Que teve por objetivo revisar as diretrizes e normas para a organização e consolidação da APS, das estratégias de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde. Também trouxe questões acerca dos recursos advindos do MS e do incentivo financeiro destinado aos municípios para o atendimento assistencial básico e para a estruturação da rede de serviços da APS (BRASIL, 2006b).

A PNAB 2006 ampliou o conceito de Atenção Básica, quando comparada a Portaria nº 3.925/98. Observou-se, por exemplo, a inclusão de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, do trabalho em equipe com ações voltadas para a população de territórios adscritos, e o uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas mais frequentes, dentre outros (BRASIL, 2006b).

A PNAB considerou que a APS é o contato preferencial dos usuários para o sistema de saúde, ou seja é a porta de entrada para o cuidado com ancoragem em princípios basilares como a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a continuidade, a integralidade, a humanização, a equidade e a participação e o controle social, com foco voltado para os indivíduos e a família (BRASIL, 2006b).

Dessa forma considera o indivíduo um sujeito singular, complexo e integral, inserido em um determinado meio sociocultural. O que indica um avanço no entendimento sobre o processo saúde-doença; uma ruptura com o modelo biomédico; e o emprego da integralidade sobre o indivíduo, uma vez que o considera protagonista da sua própria história, inserido em um meio familiar, coletivo e ambiental, e ainda dotado de cultura. Assim a APS adotou a Saúde da Família (SF) como estratégia para organizar as ações que visam contemplar essa perspectiva (BRASIL, 2006b).

Deste modo a APS detêm fundamentos importantes que estruturam a filosofia do cuidado como: o acesso universal e contínuo a cuidados de qualidade e com resolutividade, a integralidade das ações com trabalho interdisciplinar e com a coordenação do cuidado na rede de serviços, a longitudinalidade do cuidado, a capacitação constante dos profissionais de saúde, o planejamento a avaliação e o acompanhamento dos resultados alcançados, além da participação popular e o controle social (BRASIL, 2006b).

A PNAB 2006 aponta como áreas estratégicas de atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, com prioridade à saúde da criança da mulher e a do idoso, incluindo a saúde bucal e a promoção da saúde. Com a recomendação de definição de outras áreas estratégicas de acordo com as necessidades regionais e a pactuação de indicadores da APS firmada anteriormente. Mantendo para isso a Estratégia de Saúde da Família como meio de apoio para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

A PNAB 2006 trata das responsabilidades entre as três esferas do governo. Definindo e deixando claro o papel de cada órgão gestor no desenvolvimento da APS. Além de recomendações quanto a infraestrutura e os recursos necessários para o desenvolvimento das ações da atenção básica indicando os quesitos mínimos para o bom funcionamento das UBS como, por exemplo, a necessidade de sala de recepção, consultórios, local para os arquivos, equipamentos e materiais adequados, e outros. Inicialmente, para o emprego da atenção básica, não era preciso ter nas UBS equipes de SF já instaladas, ou ainda, para as UBS que já possuíssem equipes o seu cadastro, até então, não era obrigatório. Sendo o requisito mínimo ter nas UBS uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, ACS, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal e outros (BRASIL, 2006b).

Ficando recomendado para cada UBS sem SF um parâmetro de até 30 mil habitantes em seu território de responsabilidade sanitária para garantir os princípios da atenção básica. E para as UBSs com SF até 12 mil habitantes. Essas instruções mantinham o propósito de desenvolver e consolidar a APS em todo território nacional,

tornando-se a base do modelo de atenção à saúde. Propagando-se de forma gradativa e de acordo com a realidade de cada região (BRASIL, 2006b).

2.8.1 O processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica

Para o desenvolvimento da AB foi preciso então definir o processo de trabalho das equipes de saúde, direcionar as ações e definir as prioridades. Deste modo, inicialmente as equipes ficaram encarregadas de delimitar os territórios de atuação das UBS e priorizar os problemas de saúde mais frequentes, se responsabilizando por uma assistência resolutiva, e absorvendo inclusive a demanda espontânea. Ciente de que o processo de saúde-doença pode ser mudado através de ações do usuário, ator principal de sua própria saúde, as equipes de saúde também atuam promovendo ações educativas que contribuem inclusive para ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

A assistência da APS prestada à população adscrita é básica e integral com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial. Com desenvolvimento de ações que priorizam grupos de risco e fatores de risco comportamental, alimentar e ambiental. Por se caracterizar como porta de entrada as equipes foram incumbidas de realizar atendimentos de urgências médicas e odontológicas (BRASIL, 2006b).

Ficando a cargo das equipes de saúde a participação no planejamento e na avaliação das ações desenvolvidas. O que permite um melhor aproveitamento do tempo e dinâmica do processo de trabalho das equipes. Além disso, a PNAB deixa a cargo das equipes o desenvolvimento de ações intersetoriais para integrar o cuidado ao usuário, através da compilação de projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde. Visando apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e controle social (BRASIL, 2006b).

A PNAB 2006 indica a divisão das responsabilidades, sobre educação permanente dos profissionais da atenção básica, entre as secretarias municipais, estaduais e do distrito federal. Com o financiamento a cargo das três esferas do governo. Devendo os conteúdos mínimos da Educação Permanente priorizar as áreas estratégicas da atenção básica (BRASIL, 2006b).

2.8.2 Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

Quanto as especificidades, destaca-se a jornada de trabalho de 40 horas semanais exercida pelos profissionais da eSF, eSB e dos ACS, com exceção daqueles com dedicação de 32 horas. Com relação as equipes de SF, esta deve ser formada por multiprofissionais responsáveis por em média 3.000 habitantes até o máximo de 4.000 habitantes. As esquipes devem ser compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem incluindo os ACS, que tiveram a sua profissão regulamentada pela Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2006b).

Sendo o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, e cada ACS deve atender o máximo de 750 pessoas, com um quantitativo de 12 ACS para cada eSF. Para a implantação da estratégia de ACS nas UBS os requisitos eram: ter o Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde (CGES) do MS, ter um enfermeiro supervisor para até 30 ACS. Para a atuação dos ACS era preciso dividir o território em microáreas (BRASIL, 2006b).

Para a incorporação das Equipes de Saúde Bucal, incluía oficialmente na ESF em 2000, foi preciso seguir alguns critérios como a escolha da modalidade da equipe. A PNAB 2006 disponibilizou para escolha dois tipos de eSB. Na modalidade 1 tem-se a seguinte composição: um Cirurgião Dentista (CD), e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), servindo uma ou duas eSF. Na modalidade 2: um CD, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB), servindo também uma ou duas eSF (BRASIL, 2006b).

Para a atuação da ESB, era preciso que a UBS estivesse inscrita no CGES, com o mínimo de estrutura para as ações de AB como: um consultório odontológico, equipamentos e materiais adequados para garantir a resolutividade da AB à saúde (BRASIL, 2006b).

Com relação ao financiamento, a AB manteve-se a partir da contribuição das três esferas de gestão. Estando estes recursos destinados às estratégias de SF, ACS, SB, a Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário. Os valores de repasse variavam conforme o número de eSF, eSB e ACS existentes no município, que seguia o quantitativo da população para a definição do número máximo de equipes a ser implantada. No caso dos ACS a

definição do quantitativo de agentes variava de acordo com o número de população existente por região (BRASIL, 2006b).

A questão do financiamento é muito importante porque se relaciona diretamente com a viabilidade de formação e manutenção dessas equipes de saúde. E toda a logística de atendimento e cobertura da população se relaciona diretamente com o quantitativo de equipes disponíveis. Assim como o seu perfil ou modalidade, que resultara na efetividade das ações (BRASIL, 2006b).

2.8.3 Atribuições dos profissionais de saúde da Atenção Básica

A PNAB 2006 apresenta as atribuições comuns e as específicas dos profissionais das equipes de SF, SB e dos ACS. Sendo consideradas atribuições comuns a todos, a participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, a priorização do cuidado nos domicílios e em espaços comunitários, bem como o emprego de ações de atenção integral respeitando as necessidades da população e as prioridades previstas. Uma atribuição diferenciada exercida pelas equipes é a busca ativa, esta ação permite que o agente conheça a realidade da população adscrita, das condições ambientes que vivem, possibilita a vigília dos usuários saudáveis e doentes, além do propósito de notificar as doenças e os agravos através da notificação compulsória. Ainda temos como atribuição comum o registro das atividades realizadas nos sistemas nacionais de informação na atenção básica. A participação das atividades de educação permanente e a realização de atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006b).

É imprescindível que as equipes realizem a escuta qualificada e realizem um atendimento humanizado para assim haver a criação de vínculo entre a equipe e o usuário, gerando laços de confiança que irão ajudar no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e outras, e elevação da qualidade do cuidado (BRASIL, 2006b).

Além disso, a equipe tem o papel de empoderar a comunidade com vistas a promover a mobilização e a participação no controle social. Os profissionais devem identificar parceiros e recursos na comunidade que viabilizem as ações intersetoriais com a equipe, potencializando deste modo o cuidado em suas várias dimensões. (BRASIL, 2006b).

2.8.4 As atribuições específicas

Destina-se aos ACS atividades como a adscrição de famílias através de definição de microáreas, o cadastro de todas estas pessoas e a manutenção destes cadastros mantendo-os atualizados. Bem como o desenvolvimento de ações educativas conforme o planejamento da equipe, e de atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, e de vigilância à saúde, através de visitas domiciliares e com repasse de informações sobre as situações de risco. Atendendo os indivíduos e famílias de sua responsabilidade conforme as necessidades definidas pela equipe. Atuando a primor pela prevenção da malária e da dengue. Diante destas estas atribuições vê-se que a missão era hercúlea, porém com o propósito oportuno, de fazer chegar saúde para todos (BRASIL, 2006b).

Na época a Enfermeira do PACS era responsável pela coordenação, gerenciamento e supervisão das ações desenvolvidas pelos ACS, assim como a organização de grupos específicos de usuários em situação de risco nas áreas de atuação dos ACS. Também a realização de consultas e procedimentos nas UBS, no domicílio e na comunidade. A solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos, de acordo com protocolos estabelecidos anteriormente, e a participação no gerenciamento de insumos para o funcionamento adequado da UBS. Atualmente esta função é dividida entre os membros, de nível superior, da equipe (BRASIL, 2006c).

As atribuições dos CD estão direcionadas a realização da atenção integral em saúde. A obtenção do perfil epidemiológico, através do diagnóstico, a fim de viabilizar o planejamento e a programação em saúde bucal. Os CD devem atender as urgências e realizar pequenas cirurgias ambulatoriais, e encaminhar os usuários quando necessário para outros níveis de assistência, mas seguindo com o seu acompanhamento. Além de participar de ações coletivas destinadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais. Apoiar e desenvolver atividades relacionadas a saúde bucal que envolvam os demais membros da eSF, visando integrar ações multidisciplinares (BRASIL, 2006b).

Ficando a cargo dos ASB e dos TSB também a realização da atenção integral em saúde bucal e contribuição com a conservação dos equipamentos odontológicos. Os ASB ficam incumbidos de organizar a agenda clínica, de executar cuidados de

biossegurança, e preparo dos meios necessários para a prestação da assistência fornecido pelo CD e TSB. E os TSB se encarregam de apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe buscando a integração das ações junto a equipe multidisciplinar, além de apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal (BRASIL, 2006b).

A PNAB 2006 traz a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais que compõem a equipe de saúde da AB sobre os sujeitos, com uma visão mais atual sobre o processo saúde-doença. E devendo seguir os mesmos objetivos; o de proporcionar o cuidado integral e resolutivo ao usuário através da interação e cooperação multidisciplinar (BRASIL, 2006b).

Comparando a Portaria nº 3.925/98 com a PNAB 2006 observa-se um aprimoramento na organização do sistema de saúde que proporcionou uma ampliação do acesso à saúde e fortaleceu as bases do SUS e da APS. Visto pelo detalhamento das atribuições destinadas aos integrantes da eSF. A PNAB 2006 consolidou a SB na APS à medida que expandiu as suas atribuições e a incluiu na ESF com a opção de formação entre duas modalidades. Contudo, temos na referida Portaria a semeação desta ideia que vislumbrou, a implantação dos preceitos definidos pelo âmbito internacional sobre a APS, e um futuro de qualidade para a saúde da população.

2.9 A Política Nacional de Atenção Básica 2011

Com o objetivo de aperfeiçoar ainda mais a base do nosso modelo de saúde, foi publicada a Portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, que revisou as diretrizes e normas com o objetivo de organizar a AB, a ESF e o PACS. Trazendo ainda mais detalhes de assuntos como as funções da AB nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011).

As inovações destinam-se a ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Desde então o desenvolvimento de tais ações ocorreram em meio a um cenário nacional de instabilidade econômica e política (ALMEIDA et al, 2018).

Dentre as funções dos ACS, a PNAB 2011 propõe que as famílias que se enquadram nos critérios de risco e vulnerabilidade sejam visitadas mais vezes, com uma média de 1 (uma) visita por mês por família. Desenvolvendo ainda ações de combate a doenças e agravos e de vigilância à saúde, além da Dengue e Malária: a leishmaniose. Também é acrescido o acompanhamento das condicionalidades das famílias que recebem o Programa Bolsa Família ou outro programa similar de transferência de renda. E em casos de situação de surtos e epidemias o ACS, em conjunto com o ACE, deveria desenvolver ações de controle de doenças e medidas de controle, manejo ambiental, e outras ações de acordo com as orientações da gestão municipal (BRASIL, 2011).

A PNAB 2011 organizou financeiramente a formação das equipes de ACS, limitando o quantitativo de 1 (um) Enfermeiro para no máximo 12 ACS e de no mínimo 4 ACS; deixando garantido o financiamento para equipes já existentes que possuíam uma formação diferente a esta, porém extinguindo a possibilidade da formação de equipes que fugiam à esta regra (BRASIL, 2011).

Quanto as atividades dos CD foram acrescidas aos procedimentos clínicos a fase clínica da instalação de próteses dentárias e a realização de atividades programadas para a atenção à demanda espontânea. Denotando um avanço na SB básica uma vez que adentrou no campo da reabilitação (BRASIL, 2011).

Um outro ponto relevante é com relação as várias possibilidades de admissão dos médicos nas eSF, podendo atuar, por exemplo, 1 (um) médico em até 2 (duas) equipes com jornada de 40 horas semanais, além de outras possibilidades. O fato é que para contemplar a manutenção do vínculo e a longitudinalidade do cuidado, este profissional deveria ter usuários adscritos de modo que cada usuário fosse obrigatoriamente acompanhado por 1 (um) ACS, e demais membros da equipe, com preferência para a inclusão da eSB (BRASIL, 2011).

Podemos ver em dois momentos, na PNAB 2011, a recomendação e a preferência pela inclusão da SB na equipe de saúde da AB. Quanto as especificidades dos profissionais de SB, mas especificamente sobre as modalidades, tem-se a inclusão de uma terceira modalidade. Contudo, a modalidade I passou a admitir no seu corpo auxiliar um ASB ou um TSB. E na modalidade II, além do CD, TSB e ASB, a

possibilidade de optar pelo TSB ao invés da ASB (BRASIL, 2011). E a terceira modalidade podendo ser composta por profissionais que desempenham as atividades em uma Unidades Odontológica Móvel (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

A PNAB 2011 reservou um espaço especial em seu texto para tratar das equipes de AB destinadas a atenção à populações específicas. É vasto o conteúdo sobre as equipes do consultório na rua, e as equipes de atendimento às populações Ribeirinhas da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. Incluindo neste texto o apoio às equipes através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2011).

Também é abordado na PNAB 2011 o Programa saúde na Escola. Que atua em ações direcionadas à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, através de uma política intersetorial entre o MS e da Educação. Destinando ações para a alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas nas escolas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção de drogas e outros temas (BRASIL, 2011).

Em comparação com a PNAB 2006 percebe-se que a PNAB 2011 ampliou os horizontes da APS. Percebida através da menção sobre as Redes de Saúde; das atribuições dos ACS envolvendo o Programa Bolsa Família; da preocupação com a qualidade e resolutividade das ações expressadas através do PMAQ-AB; da ampliação das ações das eSB destinadas a reabilitação e atendimento móvel; contando ainda com o apoio do NASF; e através do engajamento intersetorial.

2.10 A Política Nacional de Atenção Básica 2017 e as suas principais alterações

Dentro do nosso modelo de atenção à saúde, a PNAB tem um papel importante que é o de valorizar a Atenção Primária à Saúde como base para o cuidado a população, uma vez que as ações desenvolvidas geram, além da eficácia financeira, um menor desgaste a saúde dos usuários e dos profissionais envolvidos, pois atuam principalmente em ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Deste modo, com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da APS, foi realizado a terceira revisão da PNAB, pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de

2017, pode-se notar mudanças significativas quando comparada com a PNAB anterior (BRASIL, 2017).

Assim são identificados elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações nos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica; nos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde; e também nos aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica (MELO et al, 2018).

Com relação aos princípios, diretrizes e conceitos da APS, a PNAB 2017 apresenta este conjunto de preceitos, demonstrando uma continuidade entre as PNAB 2011 e 2017, contudo, há a retirada da palavra 'democrática' no corpo do texto, referente ao formato das práticas de cuidado e de gestão. Ela detalha a agregação da relação das redes de saúde, tradução dos princípios do SUS e das noções das redes na atenção básica. Agrega os 'cuidados paliativos' e a 'vigilância à saúde' especificamente ao conceito de APS. Além disso, proíbe na atenção básica qualquer exclusão com base na idade, gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, entre outras formas possíveis de discriminação ao usuário (MELO et al, 2018).

Após análise documental da PNAB ficou evidente que as maiores descontinuidades ou modificações ocorreram nos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde. A Estratégia Saúde da Família continua sendo a modalidade prioritária de implantação da APS no Brasil. E os tipos de profissionais das eSF, em geral, permanecem os mesmos, bem como as suas atribuições, exceto as dos ACS, que receberam novas funções. Os tipos de equipes especiais e destinadas à populações específicas permanecem. Manteve-se a possibilidade de composição dos profissionais dos NASF. O denominador para o cálculo do teto máximo para o número de equipes por municípios, com ou sem profissionais de saúde bucal, segue o recomendado pela Portaria nº 2.355 de 2013, cuja formula é: População/2000, na PNAB 2011 era de: População/2400. Continua ainda, como expresso na PNAB anterior, a consideração do risco e da vulnerabilidade social para parâmetros de definição do número de pessoas/equipe (MELO et al, 2018).

Sobre os aspectos organizativos e funcionais das equipes, e as descontinuidades na PNAB 2017, temos a menção de que "serão reconhecidas outras

estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulado sua conversão em Estratégia Saúde da Família". Ou seja, tem-se o reconhecimento de outras formas de organização da atenção básica, e não somente a estratégia de saúde da família. E, deixa a cargo do gestor municipal a escolha entre inserir uma Equipe de Saúde da Família ou uma Equipe de Atenção Básica conforme as suas especificidades e possibilidades de profissionais agregados (BRASIL, 2017).

Com relação aos Tipos de Equipes, a PNAB 2017 propõe para a composição mínima da eSF: 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem e 1 (um) ACS, e "*Podendo* fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal". Com esse texto a PNAB 2017 deixa a cargo do gestor municipal optar por incluir ou não as Equipes de Saúde Bucal nas eSF. O que pode acarretar a quebra do princípio da integralidade, e de outros princípios enfatizados pelo próprio texto, assim como retrocessos quanto a saúde bucal da população, principalmente com relação a doença cárie e periodontal resultando em perda dos elementos dentários e consequentemente queda na qualidade de vida (BRASIL, 2017).

Anteriormente, o número mínimo de ACS era de 4 (quatro) para cada eSF, com a revisão passou a ser subentendido que o mínimo seria de 1 (um) para cada equipe, uma vez que não há uma expressão concreta de um número mínimo, deste modo o texto recomenda que "O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômico, de acordo com definição local". Podendo com isso, abrir brechas para que os gestores optem por reduzir o quantitativo de ACS resultando em redução da cobertura, uma vez que não se encontramos mais no texto da PNAB a descrição de 100% da população cadastrada, exceto para "áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social [...]" (BRASIL, 2017).

A eAB é descrita com uma composição mínima de: 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo ser agregados outros profissionais como: cirurgião dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, agente de

controle de endemias e ACS. Nessa formação as eSB e os ACS não são incluídos obrigatoriamente. Deste modo, as Equipe de Saúde Bucal correm um sério risco de ficarem de fora da formação de novas equipes da Atenção Básica. Com isso, percebe-se o grau de autonomia dada aos gestores de todos os municípios do país (BRASIL, 2017).

O texto ainda amarra a ideia de que “Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF) [...]”. Com relação as modalidades, elas permaneceram com as mesmas configurações. Não sofreram redução no quadro de profissionais (BRASIL, 2017).

Ainda com relação as equipes e a mudanças de itens na PNAB 2017; tem-se com relação a definição do termo NASF, a substituição do termo ‘Apoio’ para o ‘Ampliado’. Passando os NASF então, a se chamar: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Também temos uma menor ênfase para a educação permanente, e para o Programa Saúde na Escola, que aparece apenas como um dos itens a receber financiamento federal (MELO et al, 2018).

Quanto as agregações, ou as novidades trazidas pela nova PNAB, pode-se citar a garantia, tripartite, de dispositivos para transporte em saúde para equipes e usuários; a inserção e definição dos termos “Padrões Essenciais” e “Padrões Ampliados” que estão relacionados ao primor das ações e serviços da atenção básica; a possibilidade dos ACE fazerem parte das eSF; integração entre vigilância e atenção básica através da união das ações dos ACS e dos ACE; novas atribuições dos ACS em caráter excepcional, assistidos por profissionais de nível superior; cobertura dos Nasf-AB nas UBS, entre outros (MELO et al, 2018).

Nos aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica temos a continuidade da grande maioria das responsabilidades dos três entes federados. Não sendo constatado nenhuma descontinuidade. E por fim, quanto as agregações temos a inserção do Gerente de Unidade Básica de Saúde, com a apresentação de suas atribuições. A nova PNAB acaba se tornando um tanto quanto repetitiva quando menciona a realidades de cada local e possibilidades de adaptação dos parâmetros propostos, de maneira a ampliar o poder do gestor municipal; financiamento federal

atrelado a “recursos condicionados à abrangência de oferta de ações e serviços”; após publicação de Portaria de credenciamento de novas equipes a gestão municipal tem um prazo de 4 (quatro) meses para realizar o cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, sob pena de descredenciamento (MELO et al, 2018).

2.11 A Política Nacional da Atenção Básica 2017 e algumas problematizações

Diante do exposto inúmeras dúvidas começam a surgir, principalmente com relação ao real propósito da nova revisão da PNAB 2017. Há de se pensar se ela oferece alguma ameaça a Estratégia Saúde da Família, uma vez que reconhece outras estratégias de AB, e mesmo sendo de caráter provisório, gera a possibilidade de permanência a longo prazo podendo comprometer a estrutura da atenção básica. Essa nova tentativa de ampliar os horizontes da APS pode resultar em um erro de interpretação ou uma brecha para a redução do número de equipes de saúde bucal em determinados municípios de forma intencional, contrariando o raciocínio lógico do custo-efetividade proporcionado pela APS para o sistema de saúde.

Frente a este cenário o gestor municipal pode optar por escolher entre duas modalidades de equipes levando a um resultado de ampliação da cobertura ou estagnação do desenvolvimento do modelo de saúde centrado na família. Dependendo do estado econômico e/ou político em que o município ou a região se encontra.

Fazendo um parêntese, com relação aos repasses financeiros para custeio dos serviços de saúde da atenção básica, como a cobertura da primeira consulta odontológica e ação coletividade escovação dental supervisionada, foi observado entre 2003 até 2012 um aumento considerável de investimentos. De 2012 até 2016 ocorreu uma estagnação. E entre 2016 e 2017 houve uma queda nos investimentos destinados aos serviços da APS. De acordo com os dados do Fundo Nacional de Saúde de 2017. Refletindo assim o momento frágil da economia do país, e servindo como uma questão a ser considerada, para a tomada de decisão dos gestores (CHAVES et al, 2018).

É sabido que desde 2013 o Brasil entrou em uma forte instabilidade política que foi agravada nos anos seguintes devido a uma crise econômica e social. Com isso medidas de maior efeito sobre o SUS foram adotadas, como o congelamento de gastos via emenda constitucional, e as mudança nos blocos de financiamento do SUS, que

alterou a lógica de transferências de recursos federais trazendo riscos potenciais para a APS. Portanto, a situação da APS nos municípios pode estar sendo influenciada pelo agravo do subfinanciamento do SUS e pelas novas mudanças oriundas da PNAB 2017 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Além disso, os municípios podem também estar sendo influenciados por projetos e correlação de forças locais. Como a proposta feita pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por meio do documento intitulado “Reorganização dos Serviços de APS – Estudos para Otimização de Recursos” que objetivou extinguir 184 eSF e 55 eSB, e adotar a nova tipologia de equipe a eAB, proposta pela PNAB 2017. A justificativa esteve acerca da crise financeira, da expansão acelerada da ESF (de fundo eleitoral) no último ano da gestão anterior, da produtividade (que considerou haver ociosidade nas equipes), a redução de equipes em áreas privilegiadas (de classe média) a despeito da presença de comunidades pobres no mesmo bairro. Nesse caso, o Conselho Municipal de Saúde deliberou pela não diminuição do número de eSF. Mas, de acordo com o MS, este município possuía ao final de 2018, 1.177 eSF implantadas, e em março de 2019 houve uma redução para 1.090 equipes (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Essa crise na APS pode ser resultado de combinações de elementos locais e nacionais (crise econômica, crise do SUS, PNAB, decisões municipais e avanço do gerencialismo). Alguns aspectos podem ser problematizados, como a parceria com Organizações Socias de Saúde (OSS), que intervém na lógica tradicional de vínculo empregatício. A sustentabilidade da APS relativo as experiencias municipais do SUS. E a necessidade de aprimorar a gestão ou a sua terceirização, que por vezes ignora o subfinanciamento do SUS e a singularidade da saúde. Para além da necessidade de fazer bom uso dos recursos públicos, ou do pressuposto da atuação de profissionais e gestores utilizando a sua máxima potência. O importante mesmo é reconhecer a natureza política da gestão, correlacionando-a com a política extra-setorial; compreender como os gestores interpretam e consideram as práticas de contingencias, bem como a participação de outros atores políticos na busca de soluções É sabido que desde 2013 o Brasil entrou em uma forte instabilidade política que foi agravada nos anos seguintes devido a uma crise econômica e social. Com isso medidas de maior

efeito sobre o SUS foram adotadas, como o congelamento de gastos via emenda constitucional, e as mudança nos blocos de financiamento do SUS, que alterou a lógica de transferências de recursos federais trazendo riscos potenciais para a APS. Portanto, a situação da APS nos municípios pode estar sendo influenciada pelo agravo do subfinanciamento do SUS e pelas novas mudanças oriundas da PNAB 2017 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

3. CAPÍTULO 1

O manuscrito a seguir foi submetido para publicação no periódico “Revista de Saúde Pública” e encontra-se em análise.

Redução do número de Equipes de Saúde Bucal após Política Nacional de Atenção Básica 2017

Redução do quantitativo de ESB após a PNAB 2017

Edson Hilan Gomes de Lucena [1] – ehglucena@gmail.com ORCID: 0000-0003-3431-115X

Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena [2] – krolrocha@yahoo.com.br ORCID: 0000-0002-4652-993

Josiane Aparecida de Souza Alemán [1] – josiane1910@hotmail.com ORCID: 0000-0002-9753-728X

Gilberto Alfredo Pucca Júnior [3] – gilbertopucca@unb.br ORCID: 0000-0002-8781-9857

Antônio Carlos Pereira [4] – apereira@fop.unicamp.br ORCID: 0000-0003-1703-8171

Yuri Wanderley Cavalcanti [1] – yuri@ccs.ufpb.br ORCID: 0000-0002-3570-9904

[1] Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Departamento de Clínica e Odontologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.
[2] Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil.
[3] Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Departamento de Odontologia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
[4] Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Departamento de Odontologia Social. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP, Brasil.

Endereço para Correspondência:
Yuri Wanderley Cavalcanti
Departamento de Clínica e Odontologia Social. Universidade Federal da Paraíba.
DCOS, CCS, UFPB. Cidade Universitária, Campus I. Castelo Branco.
João Pessoa-PB. CEP 58051-900
yuri@ccs.ufpb.br

Este estudo não recebeu financiamento externo.

EHGL e YWC delinearam o estudo. EHGL, CDRXL, JASA e YWC coletaram e analisaram os dados. EHGL, GAPJ, ACP e YWC interpretaram os achados do estudo. EHGL, CDRXL e JASA redigiram o manuscrito. GAPJ, ACP e YWC revisaram o manuscrito criticamente com relação ao seu conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Monitoramento das Equipes de Saúde Bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017

Quantitativo de ESB após a PNAB 2017

Resumo

Objetivo: Este estudo teve por objetivo realizar um monitoramento do quantitativo de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na Estratégia Saúde da Família após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Metodologia:** Constituiu-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva e analítica, o qual utilizou os dados disponibilizados nos relatórios públicos do histórico de cobertura de saúde bucal disponível na plataforma e-Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde de todos os municípios brasileiros (5.570). A sobrevida do número de municípios que não reduziram o quantitativo de ESB foi analisada segundo a região do país, índice de desenvolvimento humano (IDH), índice de desigualdade de Gini e porte populacional. A Regressão de Cox foi utilizada para analisar os fatores associados à redução do número de ESB implantadas após 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18 e 21 meses da publicação da portaria da PNAB 2017, considerando-se $p<0,05$. **Resultados:** Após 21 meses de publicação da PNAB 2017, 6,7% dos municípios brasileiros reduziram a quantidade de ESB. Essa redução foi maior nas regiões Sul (6,7%) e Nordeste (4,8%), nos municípios com IDH mais alto (≥0,7) (5,6%), mais desiguais quanto a distribuição de renda (índice de Gini >0,62) e de maior porte populacional (>100 mil habitantes). Municípios das regiões Nordeste (RR=1,220) e Sul (RR=1,771) apresentaram maior chance de redução do número de equipes comparadas à região Norte. Municípios mais desiguais (RR =6,405) e com maior porte populacional (RR =4,273) também apresentaram maior chance de reduzir a cobertura de ESB. **Conclusão:** Os municípios que reduziram a quantidade de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família são aqueles das regiões Sul e Nordeste, com maior desigualdade social e maior porte populacional. Este cenário pode impactar significativamente o acesso da população aos serviços de saúde bucal do SUS, principalmente entre os que mais necessitam

Descritores: Saúde Bucal, Política de Saúde, Atenção Primária a Saúde.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção que desenvolve um conjunto de ações que abrangem desde a promoção à saúde, prevenção de doenças, proteção, diagnóstico e tratamento, bem como a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são direcionadas à população que está sob responsabilidade sanitária das equipes de saúde em determinado território, sendo desenvolvidas no âmbito individual, familiar e coletivo[1].

No Brasil, as políticas de fortalecimento da APS são imprescindíveis para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)[2]. Três importantes características fazem com que a organização da APS no SUS se diferencie de outros modelos propostos em diversos países: equipe multiprofissional responsável por determinados territórios geográficos com população adscrita; a presença dos agentes comunitários de saúde; e a inclusão da oferta integral da saúde bucal no sistema público de saúde[3].

Historicamente, a inserção das práticas odontológicas no SUS ocorreu de forma paralela à organização dos demais serviços de saúde, com oferta de ações centradas na atenção materno-infantil e de escolares, sendo o enfoque preventivo restrito a esse grupo populacional. O perfil mutilador das ações de saúde bucal desenvolvidas até o início do século XXI resultou em elevada prevalência de indivíduos desdentados, o que estimulou a transformação das práticas em saúde bucal[4]. A incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) em âmbito nacional, embora de forma opcional, ocorreu oito anos após a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) numa tentativa de reorganizar o modelo de oferta de cuidado em saúde bucal na APS[5]. Dessa forma, a inclusão da saúde bucal na ESF buscou romper com a prática odontológica excludente, tecnicista e biologicista, constituindo, portanto, oportunidade de mudança no processo de trabalho[6].

A Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, implantada em 2004, estabeleceu diretrizes contextualizadas aos fundamentos do SUS, as quais reforçam a necessidade de reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção. No âmbito da assistência, a PNSB aponta fundamentalmente para articulação da rede de saúde bucal de modo a buscar a integralidade da atenção[7].

A partir do Brasil Sorridente, políticas foram implantadas visando a ampliação e

qualificação da saúde bucal na APS, tais como os reajustes nos repasses financeiros, atualização da regra para implantação das ESB, equiparação da quantidade de ESB credenciadas às equipes de saúde da família, inclusão de novos procedimentos clínicos na APS, e criação do plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para cada ESB que o município vier a implantar. Em 2012, a redefinição da composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família foi uma das estratégias para consolidação da saúde bucal na APS[8,9].

Os investimentos no Brasil Sorridente permitiram uma expansão de aproximadamente 500% no número de ESB, o que permitiu a ampliação de 4.261 ESB em 2002 para mais de 25 mil ESB em 2017, resultando em uma cobertura de cerca de 40% da população brasileira[1]. Embora tenham sido verificados avanços nos mais de 10 anos do Brasil Sorridente, o cenário político econômico do Brasil sofreu transformações nos últimos anos. A publicação da Emenda Constitucional nº 95, que limitou o teto dos gastos com saúde e educação terá um impacto significativo a longo prazo no total dos investimentos destinados ao setor, em comparação com as demandas da população[10]. A Portaria do Ministério da Saúde, nº 2.436, que reformulou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 prevê a não-obrigatoriedade da saúde bucal na estratégia de saúde da família[11]. O risco de possíveis retrocessos, de desassistência de parte significativa da população, e de perda na qualidade dos serviços da APS após a publicação dessa Portaria foram apontados pela literatura[2,12].

Nesse sentido, este estudo teve o objetivo de realizar um monitoramento do quantitativo de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na Estratégia Saúde da Família após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. Este estudo faz uma análise da tendência do número de equipes implantadas e buscou verificar quais fatores estão associados à redução do número de ESB no Brasil entre outubro de 2017 e julho de 2019.

Metodologia

O presente estudo é de natureza quantitativa, descritiva e analítica, o qual utilizou os dados disponibilizados nos relatórios públicos do histórico de cobertura de saúde bucal disponível na plataforma e-Gestor da Atenção Básica do Ministério da

Saúde, no período de outubro de 2017 a junho de 2019, de todos os municípios brasileiros (5.570)[13].

A variável dependente (Variação no número de ESB Implantadas) foi categorizada da seguinte forma: “Não alterou ou ampliou” e “reduziu” o número de equipes implantadas. As variáveis independentes do estudo foram: Tempo – 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18 e 21 meses, que diz respeito a quantidade de mês passados após a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica; Região – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – Baixo (<0,7) e Alto (≥ 0,7); Índice de Gini – Menos Desigual (≤0,61) e Mais Desigual (>0,62); e Porte Populacional – até 30 mil habitantes, 30.001 a 50 mil habitantes, 50.001 a 100 mil habitantes e mais de 100 mil habitantes. O IDH e o Índice de Gini foram obtidos pelo Censo Demográfico de 2010, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Por esse motivo, o total de municípios para as variáveis IDH e Gini é de 5.565, uma vez que este corresponde ao quantitativo de municípios existentes em 2010. O Porte populacional foi obtido do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados foram inicialmente analisados por estatística descritiva visando caracterizar a amostra, sendo obtidas as distribuições absolutas e percentuais. Em seguida, realizou-se análise bivariada pelo teste de qui-quadrado de Pearson para a identificação de associações entre a variável dependente e independentes.

Para a análise multivariada, realizou-se cálculo da sobrevida acumulado dos municípios brasileiros que não reduziram, isto é, que mantiveram ou aumentaram o número de ESB implantadas. Para tanto, utilizou-se a Regressão de Cox para analisar os fatores associados à redução do número de ESB implantadas após 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18 e 21 meses da publicação da portaria da nova PNAB. Os fatores Região, IDH, Índice de Gini e Porte Populacional foram utilizados como variáveis independentes que poderiam predizer a redução do número de ESB implantadas. Na análise de regressão, as variáveis IDH e Gini foram utilizadas como quantitativas contínuas, sem categorização.

Valores de risco relativo (Relative Risk - RR) foram obtidos para cada categoria dos fatores associados, considerando-se o intervalo de confiança de 95% e a

significância estatística de 5%. Todas as tabulações e análises dos dados foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS, v.24, IBM, Chicago, IL).

Resultados

De janeiro de 2017 a julho de 2019, o número de equipes de saúde bucal implantadas no Brasil saiu de 25.848 para 28.311. No entanto, a linha de tendência indica uma estabilização no quantitativo dessas equipes após janeiro de 2018, perdendo assim a amplitude de implantação (Figura 1).

Entre o 1º e o 21º mês da publicação da Portaria da nova PNAB, observou-se aumento de 3 vezes no número de municípios que reduziram a quantidade de equipes de saúde bucal (ESB) na estratégia de saúde da família. Essa redução foi maior nas regiões Sul (6,7%) e Nordeste (4,8%), nos municípios com IDH mais alto (≥0,7) (5,6%), mais desiguais quanto a distribuição de renda (índice de Gini >0,62) e de maior porte populacional (>100 mil habitantes). Pode-se observar que todas as variáveis apresentaram significância estatística no modelo bivariado (Tabela 1). No entanto, não houve diferença estatisticamente significante (p=0,081) entre o quantitativo de municípios que “não alteraram ou ampliaram” e “reduziram” o número de ESB no 18º e 21º mês, o que significa não haver uma tendência de redução no número de municípios que perderam equipes (Tabela 1).

Verificou-se que 6,6% (n=367) dos municípios brasileiros reduziram o número de ESB na Estratégia Saúde da Família, após 21 meses da publicação da PNAB em 2017. A curva de sobrevida dos municípios que não reduziram o quantitativo de ESB demonstrou maior redução entre novembro 2018 e janeiro 2019 (Figura 2). A Maior redução foi verificada no mês de abril de 2019 (18º mês).

A região do país, o Índice de Gini e o porte populacional foram associados à redução do número de ESB implantadas no Brasil entre outubro de 2017 e julho de 2019. Municípios das regiões do Nordeste (RR=1,220) e do Sul (RR=1,771) apresentaram maior chance de redução do número de equipes comparadas à região Sudeste. Municípios com maior índice de Gini (RR=6,405) e com maior porte populacional (RR=4,273) também apresentaram maior chance de reduzir o quantitativo

de ESB (Tabela 2). A figura 3 ilustra a sobrevida acumulada dos municípios brasileiros que não reduziram o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) após a PNAB 2017, segundo as variáveis socioeconômicas que compuseram o modelo de regressão de Cox (Região, IDH, Gini e Porte Populacional).

Discussão

De acordo com os resultados deste estudo, observou-se que o quantitativo de ESB implantadas nos municípios brasileiros reduziu após a PNAB 2017. Verificou-se maior redução nos municípios localizados nas regiões Nordeste e Sul, com maior índice de Gini e com maior porte populacional. Isso se contrapõe ao histórico de construção da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, a qual traz em suas diretrizes a necessidade de expansão da saúde bucal na atenção básica[7]. Além disso, o período de avaliação pode ser insuficiente para verificar efeitos significativos da nova PNAB, a ponto de reverter a tendência de crescimento relativo da cobertura de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil[6-9,14].

O número de municípios que reduziram a quantidade de ESB após um ano e nove meses da publicação da PNAB 2017 triplicou, atingindo principalmente municípios de maior porte populacional nas regiões Sul e Nordeste. O impacto na região Sul pode ser mais significativo pois essa região possui baixa cobertura de saúde bucal (36,2%), ficando à frente apenas da região Sudeste (27,2%). Esse fenômeno pode representar uma redução no acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal, com consequentes impactos nas condições de saúde e qualidade de vida[15,16]. Além disso a redução do acesso em saúde está relacionada à maior iniquidade em saúde bucal, o que vai de encontro ao movimento de ampliação da oferta de serviços na atenção primária e redução de desigualdades injustas[18,19].

Embora a região Nordeste apresente a maior cobertura em saúde bucal entre as regiões do Brasil (66,3%), os dados epidemiológicos apontam para maior necessidade em saúde bucal. A maior proporção de população dependente do SUS, maior demanda epidemiológica e menor condição socioeconômica da região Nordeste está provavelmente associada à maior cobertura em saúde bucal desta região[19,20]. Entretanto, a redução da oferta de serviços odontológicos na APS pode impactar

negativamente a região Nordeste[21,22]. Conforme observado neste estudo, os municípios do Nordeste parecem sofrer influência da nova PNAB.

A redução do número de ESB entre alguns municípios brasileiros vai de encontro aos dados da literatura que demonstram que a ampliação do número de equipes de saúde bucal no Brasil impactam positivamente o uso e o acesso aos serviços odontológicos[23,24], bem como a maior satisfação dos usuários[25]. Estudo realizado com escolares de 12 anos e adolescentes de 15 a 19 anos no Rio Grande do Sul demonstrou que os jovens cobertos por ESB apresentam maior uso dos serviços de saúde bucal quando comparado aos não cobertos[26]. Sendo assim, a redução do número de ESB no Brasil constitui um problema que pode agravar as desigualdades em saúde, bem como reduzir o acesso daqueles que mais necessitam dos serviços odontológicos na perspectiva do SUS.

O Índice de Desenvolvimento Humano apresentou associação estatística apenas no modelo bivariado, sendo observado que municípios classificados com IDH elevado e muito elevado reduziram a quantidade de ESB. Embora os municípios com melhor IDH sugiram um acentuado grau de qualidade de vida de suas populações, não significa que não existam problemas sociais. Um estudo identificou tendência pró-equidade no que diz respeito aos indicadores de oportunidade de acesso na saúde bucal da APS[14]. Porém, essa tendência ainda não se reflete nos indicadores de uso dos serviços especializados, nos quais a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é maior entre as UF pertencentes ao quintil de maior IDH. Embora esse fenômeno sugira tendência pró-equidade, 68% da população brasileira encontram-se nos 35% dos municípios brasileiros que apresentam o IDH elevado ou muito elevado, portanto, a redução do número de ESB atingirá uma grande quantidade de brasileiros.

O índice de Gini também apresentou associação estatística com o número de ESB implantadas, sendo observado que municípios mais desiguais tiveram maior chance (RR=6,405) de reduzir o quantitativo de ESB na APS. Estudos têm demonstrado que os adolescentes que moraram durante a infância em cidades com desigualdade de renda tem 1,75 vezes mais probabilidade de ter impacto odontológico no desempenho diário (Oral Impacts on Daily Performances – OIDP)[27]. Além disso, as

famílias de menor renda são as que tiveram maior impacto da saúde bucal nas atividades diárias[28]. Portanto, a redução na oferta de serviços de saúde bucal nos locais mais desiguais poderá impactar de forma negativa o acesso aos serviços odontológicos, bem como as atividades individuais e coletivas que estimulem os métodos preventivos aos agravos bucais. O cenário político econômico atual aponta para a acentuação das desigualdades e das iniquidades em saúde, o que representa um quadro sombrio para população brasileira dependente do SUS.

O fato dos municípios maiores de 100 mil habitantes, com consequente maior poder econômico, apresentarem quatro vezes mais chance de reduzir a quantidade de profissionais de saúde bucal na APS é intrigante. Embora esses locais concentrem maior parte da população brasileira a cobertura de serviços não é ampla. Consequentemente, a redução da oferta de serviços atingirá uma grande quantidade de pessoas, em especial aquelas com piores condições socioeconômicas. Esse cenário se opõe ao início dos anos 2000, fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB)[8,9], em face às políticas de fomento e qualificação da APS promovidas pela Política Nacional de Atenção Básica da época e pelo Brasil Sorridente, a partir de 2004.

Muito embora os estudos não confirmem o impacto da cobertura da atenção básica em saúde bucal na condição de saúde bucal da população, há de se ponderar que a incorporação de ESB à ESF parece mais efetiva para o aumento de indicadores de uso de serviços odontológicos[24]. Além disso, a menor disponibilidade de profissionais de saúde bucal poderá reduzir a possibilidade de acesso aos serviços. Em última instância, poderá impactar o quadro epidemiológico, haja vista o processo histórico do cuidado de saúde bucal no Brasil, caracterizado pela baixa cobertura, acesso restrito da população aos serviços públicos de saúde bucal, prática disseminada de serviços de urgência com enfoque na exodontia[8,9].

A compreensão da saúde bucal como algo intrínseco e indissociável da saúde humana a qual não pode ser desconsiderada quando o objetivo é o cuidado, torna-se fundamental a presença de trabalhadores da saúde bucal na APS, visto que este papel não é exercido de forma integral por outro membro da equipe de saúde[29]. Tendo em vista as condições de saúde bucal dos brasileiros e a baixa cobertura de saúde bucal

no Brasil, faz-se necessário políticas públicas que fortaleçam o Brasil Sorridente e a Política Nacional de Atenção Básica visando a integralidade do cuidado, de modo a impactar positivamente a ampliação de oferta e na qualificação do processo de trabalho dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde.

Os achados deste estudo podem contribuir com pesquisadores e gestores na avaliação das políticas públicas direcionadas para saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Outros estudos que avaliem não só o efeito na implantação das equipes de saúde bucal, mas também o processo de trabalho das equipes e a organização da Rede de Saúde Bucal são necessários para avaliar o impacto da PNAB na oferta de serviços de saúde bucal no SUS.

Destaca-se que esta avaliação se baseou em indicadores socioeconômicos e informações disponíveis em sistemas de informação, os quais foram avaliados sob um modelo estatístico multivariado. Embora a pesquisa científica busque reduzir o risco de viés, é possível assumir que as características associadas à redução do número de ESB não são necessariamente identificadas em um único município, ou pequeno conjunto destes. É importante destacar que os fatores associados nesta investigação foram analisados sob a perspectiva do Brasil. Avaliações futuras devem ser realizadas para confirmar os achados desta investigação.

O delineamento deste estudo limita a capacidade de identificar o real efeito da PNAB 2017 na redução do quantitativo de equipes. Entretanto, os achados desta investigação apontam para uma estabilização do quantitativo total do número de ESB. Além disso, os fatores associados à redução do número de equipes apontam para acentuação das desigualdades sociais.

Conclusão

O presente estudo verificou um aumento ao longo do período analisado no número de municípios que reduziram a quantidade de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, especialmente aqueles da região Sul e Nordeste, que apresentam uma maior desigualdade social e de maior porte populacional. Este cenário pode impactar significativamente o acesso da população aos serviços de saúde bucal do SUS, principalmente entre os que mais necessitam.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Redes e Programas [internet]. Brasília, DF: MS; 2017. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/.

2. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):11-24.

3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Medonça MHM. Mendonça, CS. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2017; 42(spe1):244-260. https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s116

4. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(1):239-248.

5. Silva SF, Martelli PJL, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, Macedo CLSV. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(1):211-20.

6. Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus*. 2011; 5(3):53-63.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.

8. Moysés SJ, Pucca Junior GA, Paludetto Junior M, Moura Ld. Progresses and challenges to the Oral Health Surveillance Policy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2013;47(3):161-167.

9. Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saude Publica*. 2015;49:S0034-89102015000100411. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005961.

10. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*. 2017; 4(1):259-281.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

12. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*. 2018; 42(2), 76-91. https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s206

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica [internet]. Brasília, DF: MS; 2019. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml.

14. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(2):e00021115.

15. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, Cardozo DD, Bulgarelli AF, Santos CMD. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Braz Oral Res*. 2019;33:e018.

16. Santos J, Antunes L, Namorado S, Kislaya I, João Santos A, Rodrigues AP, Braz P, Gaio V, Barreto M, Lyshol H, Nunes B, Matias Dias CM. Oral hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand*. 2019;77(5):334-339.

17. Gallego F, Larroulet C, Palomer L, Repetto A, Verdugo D. Socioeconomic inequalities in self-perceived oral health among adults in Chile. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):23.

18. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AMEBL. Access to dental services and related factors: a home-based population study. *Ciênc. Saude Colet.* 2019;24(3):1021-1032.

19. Viana IB, Moreira RDS, Martelli PJL, Oliveira ALS, Monteiro IDS. Evaluation of the quality of oral health care in Primary Health Care in Pernambuco, Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2019;28(2):e2018060.

20. de Sousa Queiroz RC, Ribeiro AGA, Tonello AS, Pinheiro ACM, Júnior JA, Rocha TAH, da Silva NC, Costa EM, Vissoci JRN, Staton C, Facchini LA, Thomaz EBAF. Is there a fair distribution of the structure of dental services in the capitals of the Brazilian Federative Units? *Int J Equity Health*. 2019;18(1):5.

21. Pereira CR, Roncalli AG, Cangussu MC, Noro LR, Patrício AA, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saude Publica*. 2012;28(3):449-62.

22. Reis CM, Matta-Machado AT, Amaral JH, Werneck MA, Abreu MH. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1):667-78. doi: 10.3390/ijerph120100667.

23. Celeste RK, Vital JF, Junger WL, Reichenheim ME. Time series analysis of dental care procedures in Brazilian public services, 1994-2007. *Cienc. Saude Colet.* 2011;16(11):4523-32

24. Corrêa GT, Celeste RK. Association between coverage by oral health teams in the family health and the increase in dental care output in Brazilian municipalities, 1999 and 2011. *Cad Saude Publica*. 2015;31(12):2588-98.

25. Anjos FS, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Pinto IC, Mestriner Jr W. Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. Cienc Cuid Saude. 2011;10(3):601-7. DOI:10.4025/cienccuidsaude.v10i3.10921

26. Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Pattussi MP. Impact of oral health teams of the Family Health Strategy on the oral health of adolescents in the south of Brazil. *Cienc Saude Colet.* 2016;21(5):1607-1616.

27. Alwadi MAM, Vettore MV. Contextual income inequality and adolescents' oral-health-related quality of life: A multi-level analysis. *Int Dent J*. 2019 doi: 10.1111/idj.12504.

28. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, Frias AC, Pereira AC. Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev Saude Publica*. 2018;52:44.

29. Soares FF, Figueiredo CR, Borges NC, Jordao RA, Freire MC. Oral health teamwork in Brazilian family healthcare strategy: an analysis of studies published between 2001 and 2008. *Cienc Saude Colet.* 2011;16(7):3169-3180.

---

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Tabela 1 – Distribuição dos municípios brasileiros quanto à variação no número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas, segundo o tempo desde publicação da Portaria da nova PNAB, Região do país, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Gini e Porte Populacional.

		Variação no número de ESB Implantadas				
		Não reduziu		Reduziu		**p-valor**
		n	%	n	%	
Tempo	1 Mês	5.457	98,0%	113	2,0%	<0,001
	3 Meses	5.398	96,9%	172	3,1%	
	6 Meses	5.322	95,5%	248	4,5%	
	9 Meses	5.333	95,7%	237	4,3%	
	12 Meses	5.296	95,1%	274	4,9%	
	15 Meses	5.187	93,1%	383	6,9%	
	18 Meses	5156	92,6%	414	7,4%	
	21 Meses	5203	93,4%	367	6,6%	
Região	Norte	430	95,5%	20	4,5%	<0,001
	Nordeste	1.708	95,2%	86	4,8%	
	Sudeste	1.595	95,6%	73	4,4%	
	Sul	1.111	93,3%	80	6,7%	
	Centro-Oeste	450	96,4%	17	3,6%	
IDH	IDH Baixo (<0,7)	3.502	96,4%	130	3,6%	<0,001
	IDH Alto (≥ 0,7)	1.826	94,4%	107	5,6%	
Índice de Gini	Menos Desigual (≤0,61)	5.133	95,8%	225	4,2%	0,010
	Mais Desigual (>0,62)	195	94,3%	12	5,7%	
Porte Populacional	até 30 mil habitantes	4.251	96,4%	160	3,6%	<0,001
	30.001 a 50 mil habitantes	458	92,9%	35	7,1%	
	50.001 a 100 mil habitantes	319	91,4%	30	8,6%	
	Mais de 100 mil habitantes	266	83,8%	52	16,2%	

Tabela 2 – Regressão de Cox para verificar os fatores associados à redução do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas no Brasil após a publicação da Portaria da nova PNAB.

	B	Erro Padrão	p-valor	RR	Intervalo de Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Região						
Sudeste				1,000		
Nordeste	0,199	0,078	**0,011***	1,220	1,046	1,422
Norte	-0,073	0,107	0,496	0,930	0,755	1,146
Sul	0,572	0,058	**<0,001***	1,771	1,580	1,986
Centro-Oeste	-0,096	0,096	0,321	0,909	0,752	1,098
IDH	0,818	0,496	0,099	2,266	0,858	5,986
Índice de Gini	1,857	0,385	**<0,001***	6,405	3,013	13,614
Porte Populacional						
Até 30 mil habitantes				1,000		
30 a 50 mil habitantes	0,656	0,068	**<0,001***	1,927	1,687	2,200
50 a 100 mil habitantes	0,818	0,075	**<0,001***	2,265	1,956	2,623
>100 mil habitantes	1,452	0,071	**<0,001***	4,273	3,716	4,914

* Estatisticamente significante (p<0,05)

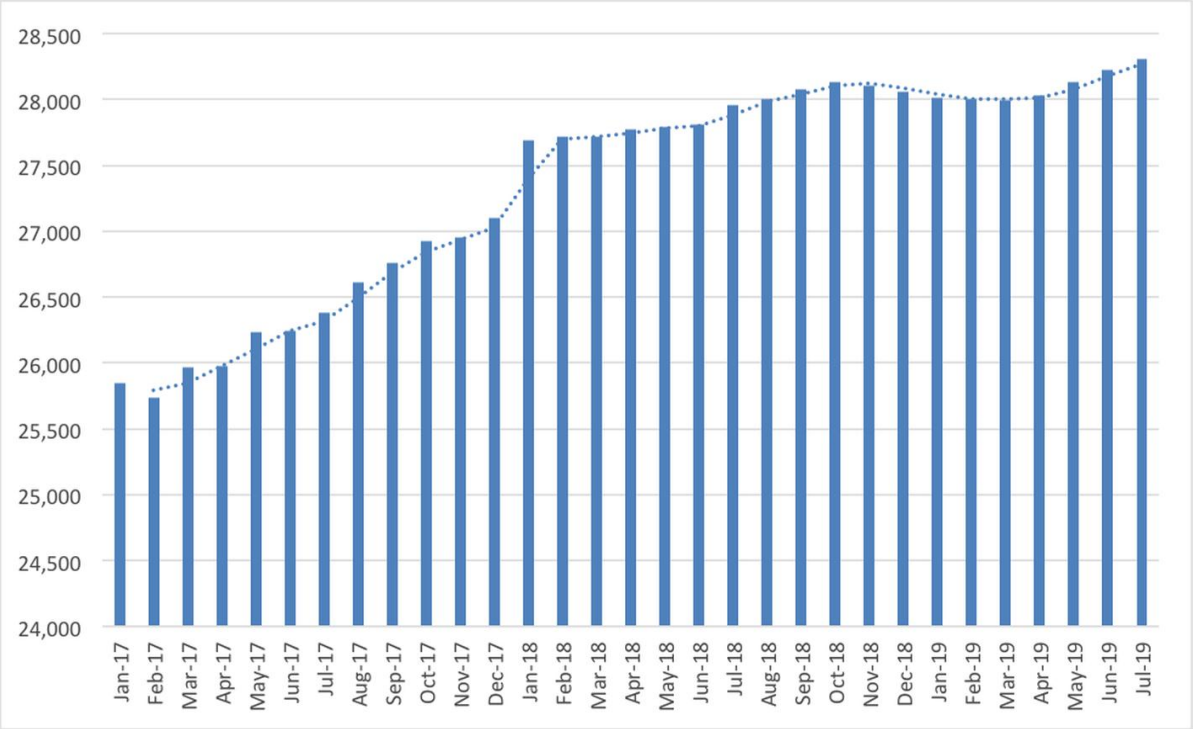


Figura 1 – Número de equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família, Brasil, janeiro de 2017 a julho de 2019.

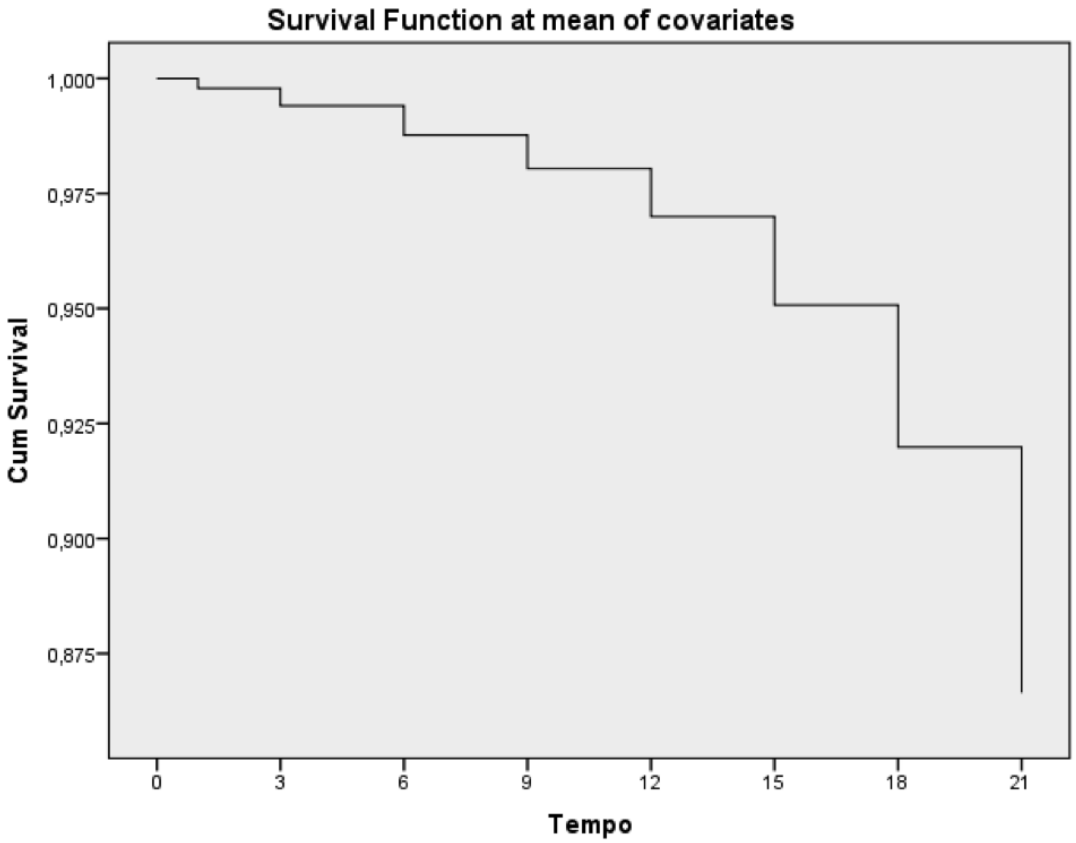


Figura 2 – Sobrevida acumulada dos municípios brasileiros que não reduziram o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), entre outubro de 2017 e julho de 2019.

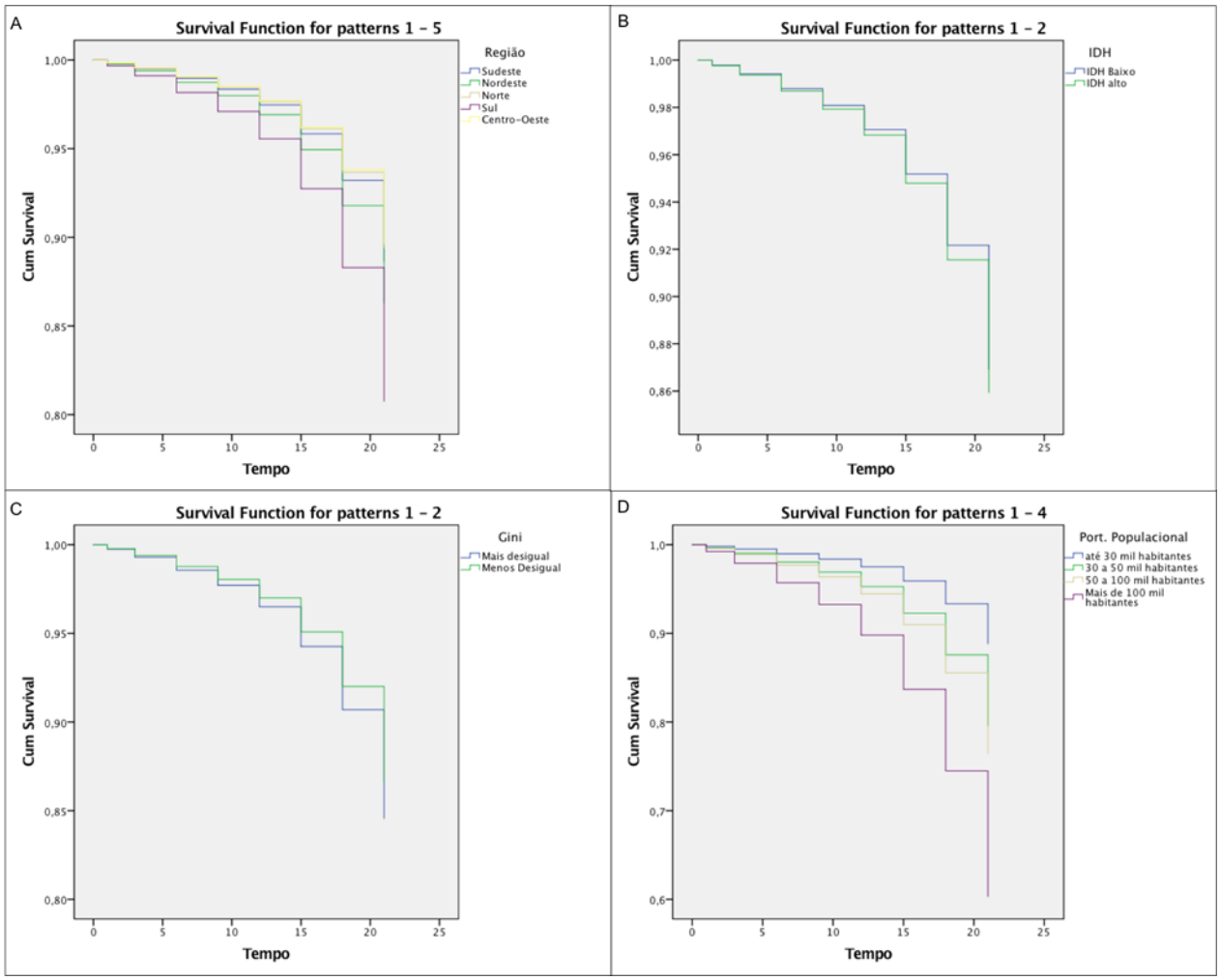


Figura 3 – Sobrevida acumulada dos municípios brasileiros que não reduziram o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), entre outubro de 2017 e julho de 2019, segundo as variáveis socioeconômicas que compuseram o modelo de regressão de Cox (A - Região, B - IDH, C - Gini, D - Porte Populacional).

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A PNAB 2017 propõe a expansão da eSF à medida que reconhece outras estratégias de Atenção Básica. Contudo, dá ao gestor municipal grande autonomia para a tomada de decisão, frente a escolha de implantações de equipes de saúde de atenção básica. Porém, não traz detalhes, recomendações, ou orientações mais específicas quanto a isso. Deste modo, para a expansão da APS, o gestor pode optar por inserir equipes tradicionais, que incluem na sua composição os ACS e a eSB, ou iniciar com as eAB, composta por um número limitado de profissionais sem os ACS e eSB, e posteriormente incluí-los e transformar esta equipe em uma equipe tradicional. Na tentativa de suprir talvez necessidades como desfalque do quantitativo dos mais médicos ou ainda na alocação de recursos para outras necessidades sem deixar que a APS avance. Porém, existe uma chance deste tipo de equipe permanecer indefinidamente por um longo prazo. Uma vez que não há restrições quanto ao tempo de duração. Podendo resultar em uma descaracterização dos princípios da APS.

Até o momento este estudo demostrou que os gestores estão optando por reduzirem o quantitativo das eSB, principalmente nas regiões com maior poder aquisitivo, com municípios mais populosos e com maior desigualdade social. Os recursos destinados a implantação das eAB, conforme expresso pela PNAB 2017, dependem da demanda dos credenciamentos e da disponibilidade orçamentária havendo assim limitações financeiras para a implantação destas equipes de composição mínima.

Diante disso, um outro ponto poderia estar diretamente relacionado a proposta de inserção de equipes mínimas; a inclusão de dois novos profissionais na equipe e na UBS, os ACE e o Gerente de Atenção Básica. Esse aprimoramento da APS acarretaria mais investimentos, e nesse sentido o rateio dos recursos justificaria a opção por este novo tipo de equipe. A adoção do Gerente de AB é perfeitamente cabível e necessário, uma vez que este papel é frequentemente exercido pelos Enfermeiros que acabavam se sobrecarregando visto que possuem a responsabilidade da assistência e da gerência da equipe de enfermagem. As disposições quanto ao financiamento da Gerência de AB e das eAB podem ser vistas na Portaria nº 1.808/2018. Deste modo, a limitação de

repasses de recursos e a ampliação do quadro de profissionais para melhor organização da APS pode vir a ser um fator de peso para os gestores.

Além disso, tem-se como exemplo de município, o Rio de Janeiro, que se enquadra perfeitamente no perfil dos municípios que reduziram o quantitativo de eSB, mas que ficou na quarta posição por região, e em terceira posição quanto as chances de perda das eSB. A quarta colocação pode ter sido resultado de uma baixa cobertura de eSB pré-existente a nova PNAB, refletindo assim em perdas não muito significativas. O que não exclui a influência de fatores, principalmente políticos, administrativos e gerenciais, para a queda mesma que mínima do número de eSB. Pensando na região Sul, a primeira colocada no *rancking,* reflexões acerca dos motivos que levaram a redução do número de eSB começam a surgir, principalmente com relação ao perfil da região que apresenta um baixo índice de CPOD, e baixa cobertura, somado ao teto de gastos imposto à saúde.

Estudos futuros que monitorem o quantitativo das eSB após a PNAB são necessários para se obter um resultado mais fidedigno quanto a influência da PNAB a longo prazo, pode-se incluir uma análise de cada capital do país. Os resultados deverão relacionar-se com os indicadores de saúde bucal para a obtenção de um panorama geral. Estudos sobre o quantitativo dos ACS após a PNAB 2017 também são relevantes para a obtenção do quadro geral da saúde dos usuários.

3. CONCLUSÃO

O presente estudo verificou um aumento ao longo do período analisado no número de municípios que reduziram a quantidade de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, especialmente aqueles da região Sul e Nordeste, que apresentam uma maior desigualdade social e de maior porte populacional. Este cenário deve impactar significativamente o acesso da população aos serviços de saúde bucal do SUS, principalmente entre os que mais necessitam.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues; SOUSA, Allan Nuno Alves; BRANDÃO, Celmário Castro; CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil; TAVARES, Graziela; SILVA, Kimielle Cristina**. Política Nacional e Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017).** Rev Panam Salud Publica nº 42, 2018.

BARBOSA, Swedenberger do Nascimento; MARTORELL, Leandro Branbilla Martorell; PAULA, Lilian Marly de Paula; GARRAFA, Volnei. A Construção do Direito à Saúde Bucal no Brasil em perspectiva Bioética. Ver. Bras Bioética, 14(e12):1-15, 2018.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Maria Rosangela. **As políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas atuais.** Rev.Esc.Enf.USP, V.30, n.3, p.380-98, dez.1996.

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990a. p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 1998. p. 8-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 23 de fev. 2006b. p. 43.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 de janeiro de 2001.

CHAVES, Sônia Cristina Lima (Organizadora). **Política de Saúde bucal no Brasil: teoria e prática.** Editora da Universidade Federal da Bahia (UDUFBA). Bahia, 2016.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; ALMEIDA, Ana Maria Freire de Lima; ROSSI, Thais Regis Aranha; SANTANA, Sisse Figueiredo; BARROS, Sandra Garrido; SANTOS, Carla Maria Lima. **Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 76-91, outubro 2018.

CUETO, Marcos. **O Legado de Alma-Ata, 40 anos depois**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 845-848, set./dez, 2018.

ELY, Helenita Correa; CARVALHO, Danusa Queiroz;SANTOS, Márcia. **Políticas de Saúde Bucal**. Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume nº 17, SAÚDE BUCAL. Mimeo. Brasília/Porto Alegre: abril de 2006. Atualizado em 2009. Disponível em < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf >. Acesso: 04/11/2019.

FARAH, Marta Ferreira Santos. **Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do "campo de públicas".** Fundação Getúlio Vargas. Departamento de Gestão Pública. São Paulo, 2016.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Especialização em Saúde da Família (Módulo Político Gestor) UNA – SUS, Unifesp, 2011.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados? Temas Fundamentais da Reforma Sanitária**. Cidadania para a saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES: Rio de Janeiro, 2012.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; DOLNY, Luíse Lüdke; KNOLL Rosálie Kupka. **Atenção Básica à Saúde: Aproximando Teoria e Prática.** UNIVALI: Itajaí-SC, 2018.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro; ANDRADE, Gabriella Carrinho Lins. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Rev. Saúde Debate, v. 42, Número Especial 1, p. 38-51, Rio de Janeiro, setembro, 2018.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; TEIXEIRA, Márcia. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Rev. Ciência & Saúde, 24(12):4593-4598, 2019.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920**. Disponível em: http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm. Acesso em: 15 fev. 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde-Brasil. 27 de novembro de 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5809:opas-lanca-relatorio-30-anos-de-sus-que-sus-para-2030-e-destaca-importancia-de-atencao-primaria-e-mais-medicos&Itemid=843. Acessado em: 08/12/2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Vídeo-Aula 1 - Parte 1 **- Reforma Sanitária: trajetória e rumos do SUS**. Cebes Nacional. Publicado em 23 de jan. de 2015.

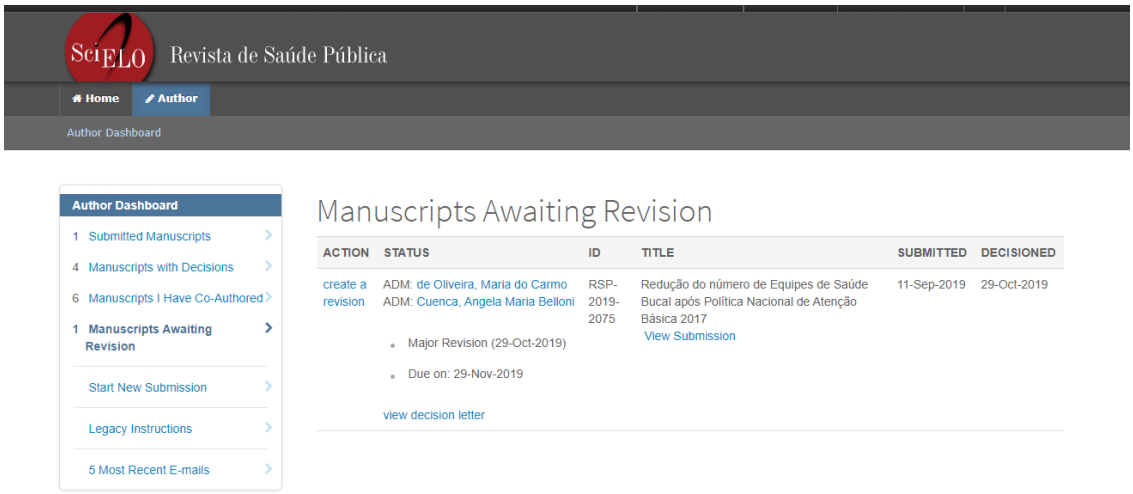
PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 23 (6) junho, 2018.

PINTO, Felipe Luiz; GIOVANELLA, Lígia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1903-1913, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Secretaria do Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. **Principais mudanças da Política Nacional de Atenção Básica: comparativo das Portarias 2.488/2011 e do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde**. Porto Alegre, março de 2018. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apresentacao_PNAB_Ppt0000024.pdf>. Acesso em: 03/11/2019

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

APÊNDICE

Comprovante de Submissão – Revista de Saúde Pública