

CURSO

Formação para Gerentes de Serviços
de Especialidades em Saúde Bucal

MÓDULO 1

Políticas de saúde no Brasil e a Política de Saúde Bucal

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Elza Bernardes Ferreira
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Paola Trindade Garcia

(ORGS)



EDLIFMA

Políticas de saúde no Brasil e a Política de Saúde Bucal



Reitor
Vice-Reitor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva
Prof. Dr. Leonardo Silva Soares



EDUFMA

EDITORA DA UFMA

Coordenadora

Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho Editorial

Profa. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira
Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues
Profa. Dra. Débora Batista Pinheiro Sousa
Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
Prof. Dr. José Carlos Aragão Silva
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior
Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Luiz Eduardo Neves dos Santos
Profa. Dra. Luma Castro de Souza
Prof. Dr. Márcio José Celeri
Profa. Dra. Maria Áurea Lira Feitosa
Profa. Dra. Raimunda Ramos Marinho
Prof. Dr. Ubiratane de Moraes Rodrigues
Bibliotecária Iole Costa Pinheiro



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Associação Brasileira das Editoras Universitárias



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0.

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Elza Bernardes Ferreira
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Paola Trindade Garcia
(Organizadoras)

Políticas de saúde no Brasil e a Política de Saúde Bucal

São Luís



EDUFMA

2025

© 2025 EDUFMA - Todos os direitos reservados.

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital

Revisão textual

Vitória Regina de Alencar Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Política de saúde no Brasil e Política de saúde bucal / Ana Emília Figueiredo de Oliveira... [et al.] (orgs). — São Luís: EDUFMA, 2025.
68 p.: il.

ISBN: 978-65-5363-456-5

1. Política de saúde – Bucal – história. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Legislação. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Teixeira, Doralice Severo da Cruz. III. Ferreira, Elza Bernardes. IV. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. V. Garcia, Paola Trindade.

CDD 617.6
CDU 616.314:614

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Amanda Rocha Belfort
CRB 13 / 725

COMO CITAR ESTE MATERIAL

Políticas de saúde no Brasil e a Política de Saúde Bucal/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira... [et al.], organizadoras. — São Luís: EDUFMA, 2025.

©2025. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, a disseminação e a utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

Créditos

Coordenação do Projeto

Elza Bernardes Ferreira

Coordenação Geral da UNA-SUS/UFMA

Elza Bernardes Ferreira

Vice-Coordenação da UNA-SUS/UFMA

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Doralice Severo da Cruz Teixeira

Equipe Técnica Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Alcir José de Oliveira Junior

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques

Elber Lúcio Pietroni

Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro

Joana Danielle Brandão Carneiro

João Victor Inglês de Lara

Marcus Vinicius Camargo Prates

Renato Taqueo Placeres Ishigame

San Diego Oliveira Souza

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Thaís de Aguiar Pires

Bruna Eduarda de Oliveira

Lucas Breno Santana Gomes

Coordenação de Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA

Deysianne Costa das Chagas

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Supervisão de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Karoline Corrêa Trindade

Coordenação de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Juan Magalhães Paiva

Supervisão de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Alessandra Viana Natividade Oliveira

Coordenação de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Coordenador de Infraestrutura, Projetos e Dados

Oswaldo Silva de Sousa Junior

Supervisão de Produção da Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Jefferson Almeida Paixão

Professor-autor

Caio Vieira de Barros Arato

Validação Técnica

Joana Danielle Brandão Carneiro

Validação Pedagógica

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão Textual

Vitória Regina de Alencar Araújo

Design Instrucional

Samira Vasconcelos Gomes

Design Gráfico

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital

Identidade Visual

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital



Sobre o autor



Caio Vieira de Barros Arato

Cirurgião-Dentista de formação clínica, atuante desde a formação no Sistema Único de Saúde. Especialista em Saúde Pública, especialista em Gestão em Saúde Pública pela Universidade de Campinas – UNICAMP e especialista em Economia da Saúde com ênfase em Avaliação das Tecnologias da Saúde pela UNICAMP. Também é especialista em Antropologia Cultural (PUC-PR). Mestre em Gestão e Saúde Coletiva pela FOP/UNICAMP e doutorando pela mesma universidade. Gerente

Administrativo do contrato da Fundação do ABC no gerenciamento de 19 Equipes de Estratégia Saúde da Família em Itatiba.

Sobre as organizadoras



Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense – UFF, Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), Mestrado e Doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e Pós-Doutorado/Professora Visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill – EUA (UNC – Chapel Hill/USA). Foi Coordenadora da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UFMA) de novembro de 2009 a abril de 2024. Foi Diretora da Diretoria de Tecnologias na Educação (DTED/UFMA) de novembro de 2019 a novembro de 2023. É líder do Grupo de Pesquisa Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação – SAITE (CNPq/UFMA). Foi Presidente da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde no período de 2015–2017. Trabalha com elaboração e desenvolvimento de projetos inovadores e de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, que resultaram atualmente em 95 registros no Instituto Nacional de Propriedade Industrial – INPI, mais de 57 livros publicados como autora ou organizadora, 38 capítulos de livros e mais de 116 artigos científicos em revistas nacionais e internacionais. Foi homenageada pelo Ministério da Saúde, em 2024, na exposição “Dona Ivone Lara e Mulheres da Saúde” (tema inovação e tecnologias) pelo reconhecimento de sua contribuição na e para o desenvolvimento de tecnologias educacionais e pela promoção da saúde no Brasil.



Doralice Severo da Cruz Teixeira

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Camilo Castelo Branco, especialização, mestrado e doutorado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa sobre envelhecimento e Saúde Bucal coletiva. É presidente afastada da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva – Abrasbuco. Trabalhou na Light Serviços de Eletricidade S/A de 1975 a 1999. Ingressou no serviço público estadual em 1999 e no serviço público municipal em 2014 como cirurgiã-dentista. Ingressou na Fundação Estatal Saúde da Família – FESF como Sanitarista em 2010. Atuou na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Coordenadoria Regional de Saúde Centro – Divisão de Epidemiologia e Informação) e no Ministério da Saúde como Coordenadora Geral de Saúde Bucal. Foi tutora no curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e exerceu a mesma atividade na Fundação Oswaldo Cruz no curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa no período de 2010 a 2014. Foi assistente técnica da Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenadora de Saúde Bucal da Área Técnica de Saúde Bucal do Município de São Paulo, assessora na Supervisão Técnica de Saúde da Sé, assistente técnica das pastas de Atenção Básica e Saúde da Pessoa Idosa, e atualmente é Coordenadora da Divisão de Epidemiologia e Informação da Coordenadoria Regional de Saúde – Centro na mesma Secretaria. É pesquisadora do Estudo Saúde Bem Estar e Envelhecimento – SABE e do Estudo ISA – Capital 2022. Possui especialização em Revisão Sistemática e Metanálise pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Possui 14 artigos, 2 livros, 1 capítulo de livro e 10 trabalhos técnicos publicados. Ministrou 6 cursos de curta duração e desenvolveu 6 produtos de material didático e autoinstrucional.



Elza Bernardes Ferreira

Graduação em Odontologia (UFMA), Doutorado em Ciências Médicas (UERJ), Mestrado em Ciências da Saúde (UFMA), Especialização em Radiologia Odontológica (SL MANDIC), em Saúde da Família (UNP), em Gestão de Sistemas e Saúde (UFMA), em Educação a Distância (SENAC), em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFRN) e em Educação Digital (UNEB). Atualmente, é docente efetiva da Universidade Federal do Maranhão e Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA. É

membro da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde – ABTMS e compõe o Grupo de pesquisa Saúde, Tecnologia e Educação – SAITE (CNPq/UFMA). São áreas de sua atuação: Educação a Distância, Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Imaginologia Odontológica, Atenção Primária em Saúde, Metodologias Inovativas em EAD.



Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Bolsista de Produtividade – FAPEMA. Professora adjunta (Nível C – 3) do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela UFMA. Professora dos programas de pós-graduação da Rede de Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF (UFMA/Fiocruz) e de Saúde Coletiva UFMA. Consultora *ad hoc* da Journal Health NPEPS e

Fapema. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela UNB, Especialista em docência do ensino superior pela UFMA, Especialista em Gestão Pedagógica pela UFMG, Especialista em Estatística pela UEMA. Fellow Faimer Brasil – 2015. Atuou como membro do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. Foi coordenadora do curso técnico em Saúde Bucal da então Escola Técnica do SUS. Foi coordenadora pedagógica de cursos a distância e coordenadora de pesquisa na UNA-SUS/UFMA. Atualmente ocupa a chefia da Divisão Pedagógica da Diretoria de Tecnologias na Educação da Universidade Federal do Maranhão. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: controle social, planejamento e gestão em saúde, educação em saúde, metodologias ativas, integração ensino–serviço, saúde pública, epidemiologia.



Paola Trindade Garcia

Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva (UFMA), Mestra em Saúde Coletiva (UFMA), Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA). Especialista em Processos Educacionais na Saúde (IEP – Sírío Libanês), Saúde da Família (CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA). Possui experiência em Educação a Distância – EaD e em metodologias ativas de ensino. Tem experiência na produção de Massive Open Online Courses – MOOCs na área da saúde. Coordena ações de extensão de cursos na modalidade de ensino a distância na UFMA, entre eles o curso de aperfeiçoamento Produção de Recursos Educacionais para EaD (PRAEAD) e o curso de aperfeiçoamento Políticas Informadas por Evidências (PIE): possibilidades, desafios e ferramentas. Docente da Universidade Federal do Maranhão (Departamento de Saúde Pública) e coordenadora de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA. Professora permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Docente convidada do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA). Integrante do Grupo de pesquisa Saúde, Tecnologia e Educação – SAITE (CNPq/UFMA) e Vice-líder do grupo de pesquisa Políticas públicas de saúde e controle social (CNPq/UFMA).

Lista de figuras

Figura 01 – Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil – de 1822 a 1904.	22
Figura 02 – Oswaldo Cruz	23
Figura 03 – Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil – de 1920 a 1990.	23
Figura 04 – Histórico das práticas de Saúde Bucal no Brasil – de 1500 a 2010.	28
Figura 05 – Os 5 momentos-chave da história da Saúde Bucal no SUS.	30
Figura 06 – Linha do tempo com os momentos e normatizações que marcam o incentivo às mudanças no processo de trabalho em SB no Brasil.	32
Figura 07 – Modalidades das equipes de Saúde Bucal.	33
Figura 08 – Unidade Odontológica Móvel.	34
Figura 09 – Classificação dos CEOs.	35
Figura 10 – Conceitos importantes da Saúde Digital.	38
Figura 11 – 8ª Conferência Nacional de Saúde.	50
Figura 12 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.	53
Figura 13 – Os três eixos da RAS.	53
Figura 14 – Organização temática das RAS.	54
Figura 15 – Elementos necessários para a construção de uma RASB.	57
Figura 16 – Desafios para a criação de uma rede como a RASB.	59



Lista de quadros

Quadro 01 – Principais legislações da PNSB, organizadas por nível de atenção.

44



Lista de abreviaturas e siglas

A

ASB

Auxiliar de Saúde Bucal

APS

Atenção Primária à Saúde

ASS

Atenção Secundária à Saúde

C

CAPs

Caixas de Aposentadorias e Pensões

CD

Cirurgião-dentista

CE

Conferência Estadual

CEO

Centro de Especialidades Odontológicas

CFO

Conselho Federal de Odontologia

CLT

Consolidação das Leis do Trabalho

CM

Conferência Municipal

CNES

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS

Conferência Nacional de Saúde

CNSB

Conferência Nacional de Saúde Bucal

CS

Conselho de Saúde

D**DSS**

Determinantes Sociais da Saúde

E**eAP**

Equipe de Atenção Primária

eSB

Equipe de Saúde Bucal

ESF

Estratégia Saúde da Família

I**IAPs**

Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS

Instituto Nacional de Previdência Social



L

LOS

Lei Orgânica da Saúde

LRPD

Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias



P

PAS

Programação Anual de Saúde

PBS

Programa Brasil Sorridente

PcD

Pessoa com deficiência

PMS

Plano Municipal de Saúde

PNAB

Política Nacional de Atenção Básica

PNCCSF

Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com Uso de Selantes e Flúor

PNSB

Política Nacional de Saúde Bucal

Precad

Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental

PSF

Programa Saúde da Família



R

RAPS
Rede de Atenção Psicossocial

RAS
Rede de Atenção à Saúde

RASB
Rede de Atenção à Saúde Bucal

RASPDC
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

RCPD
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RRAS
Rede Regional de Atenção à Saúde

RUE
Rede de Atenção às Urgências e Emergências

S

SB
Saúde Bucal

SESB
Serviço de Especialidades em Saúde Bucal

SUS
Sistema Único de Saúde

T

TSB
Técnico em Saúde Bucal

U

UOM
Unidade Odontológica Móvel

Sumário

Apresentação	20
1. Introdução às políticas de saúde no Brasil	21
1.1 História da Saúde Bucal no SUS	26
1.2 Marcos legais da Saúde Bucal no SUS	30
1.3 Ações Estratégicas de Saúde Bucal	32
1.4 Desafios e conquistas da Saúde Bucal no SUS	39
2. Legislações, controle social e planejamento no SUS	41
2.1 Fundamentos legais do SUS e sua aplicação	43
2.2 Decreto 7.508/2011 e suas implicações para a Saúde Bucal	46
2.3 Instâncias colegiadas que influenciam na tomada de decisão para implementação de serviços a exemplo do CEO	47
3. A estratégia regional	52
3.1 Redes de atenção à saúde, estrutura e funcionamento no Brasil	52
3.2 Estratégias para melhoria das redes de atenção à saúde e a incorporação dos serviços de Saúde Bucal	55
3.3 Rede de atenção à Saúde Bucal e a RCPD, destacando a APS como ordenadora do cuidado	56
Considerações finais	60
Referências	62

Apresentação

Olá, caro(a) leitor(a)!

O Sistema Único de Saúde – SUS, fundamentado em seus princípios doutrinários, organiza-se com base na atenção integral ao usuário, na universalidade do acesso e na equidade do cuidado. Esses pilares colocam o usuário no centro da atenção à saúde, tornando-o responsável pelo seu próprio cuidado e integrando-o como um participante ativo nas decisões e no acompanhamento dos programas de saúde, que estão inseridos em uma Rede de Atenção à Saúde – RAS estruturada conforme as realidades e necessidades locais. Essa participação ocorre por meio de instâncias colegiadas em nível local, municipal, estadual e federal.

A história da Saúde Bucal – SB no SUS é marcada por lutas e contradições frente à omissão estatal e ao desafio de integrar a SB à saúde geral. Desde a I Conferência Nacional de Saúde Bucal – CNSB em 1986, foram propostos programas que enfrentaram dificuldades no alinhamento com as diretrizes descentralizadoras do SUS. Apenas em 2000, a Portaria n.º 1.444 incentivou a reorganização da SB no Programa Saúde da Família – PSF, e, finalmente, em 2004, o Brasil Sorridente, instituído no governo Lula, consolidou uma abordagem integral e articulada à SB, considerando os Determinantes Sociais da Saúde – DSS e promovendo acesso universal e equitativo por meio de serviços como os Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs. Essa trajetória reflete a busca por cidadania e justiça social diante das desigualdades no Brasil.

Este livro se propõe a discutir a evolução histórica das políticas de Saúde Bucal no Brasil, abordando seus marcos legais e o modelo de atenção à saúde organizados em três unidades principais: 1. Introdução às políticas de saúde no Brasil; 2. Legislação do SUS, controle social e planejamento em saúde; e 3. A estratégia regional. Em cada uma dessas unidades, será feita uma reflexão sobre o papel assistencial dos promotores de saúde, sejam usuários ou profissionais/trabalhadores do sistema, que ocupam uma posição central no debate. Ao final, você será capaz de compreender as políticas de saúde no Brasil e suas interfaces com a estruturação da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB.

Esperamos que, com os conteúdos apresentados e as reflexões propostas, você reconheça a importância do seu papel como gerente de serviços de especialidades em SB na rede pública de saúde, reforçando seu compromisso com a promoção da equidade, a garantia do cuidado integral e a construção de práticas que contribuam de forma significativa para a qualidade de vida e o bem-estar de toda a população.

Boa leitura!

Introdução às políticas de saúde no Brasil

A história da saúde pública percorreu o caminho da formação do Brasil enquanto nação. A busca por soluções das questões epidemiológicas que assolaram o país vem desde a colonização pelos portugueses em 1500.

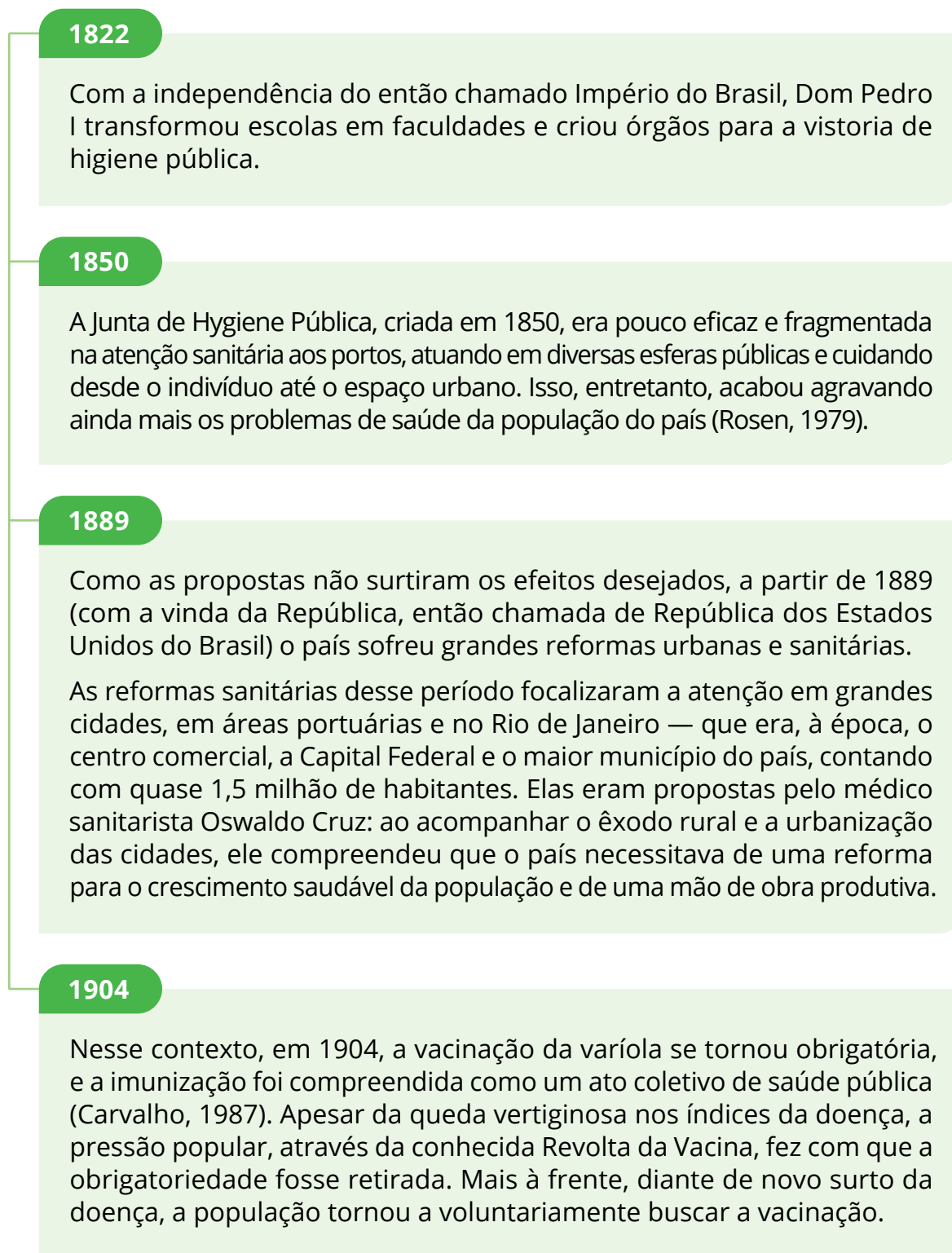
Nesse período, com os colonizadores, vieram as doenças e as epidemias que chegaram a matar até 300 mil pessoas, e, durante os 389 anos de colônia, pouco se fez a nível de saúde pública para os residentes da então chamada Ilha de Vera Cruz.

O acesso às Santas Casas, gerenciadas pelos religiosos, era de direito apenas dos nobres senhores brancos e de classes sociais mais abastadas (Costa, 1985).

Os indígenas e as pessoas escravizadas recorriam aos curandeiros e às práticas tradicionais de saúde.

Nas linhas do tempo a seguir, apresentaremos os principais marcos históricos das políticas de saúde no Brasil até a regulamentação do SUS.

Figura 01. Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil – de 1822 a 1904.



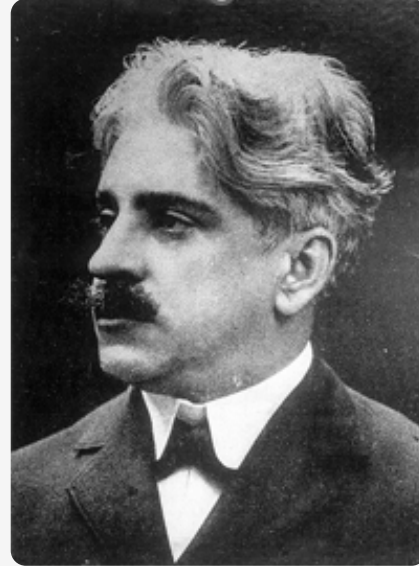
Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.



VOCÊ CONHECE?

Oswaldo Cruz, médico, foi responsável por grandes campanhas de saúde pública no Brasil. Ele combateu febre amarela, peste bubônica e varíola no Rio de Janeiro, implementando medidas sanitárias, como isolamento, notificação compulsória e controle de mosquitos e ratos. Enfrentou oposição, especialmente, durante a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola em 1904, mas, em 1907, a febre amarela foi erradicada. Cruz também reformou o Código Sanitário e foi internacionalmente reconhecido pelo saneamento da cidade. Além disso, liderou expedições para combater a malária e para melhorar as condições sanitárias no interior do país, incluindo a Amazônia.

Figura 02. Oswaldo Cruz.



Fonte: Agência Senado, 2020.

Os anos que se seguiram foram essenciais para a consolidação da universalização do sistema de saúde, que veio a ser chamado de SUS, como veremos abaixo:

Figura 03. Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil – de 1920 a 1990.

1920

O protótipo dos direitos previdenciários e da seguridade social iniciou-se em 1920 com a instituição da Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Elas foram indicadas pelos trabalhadores de fábricas com o objetivo de proteger-se na velhice e em caso de doenças.

1932

Em 1932, o então presidente Getúlio Vargas, em resposta às demandas dos trabalhadores, ampliou as CAPs para os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs.

1943

No bojo da promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, em 1943, ampliou-se a atenção aos demais trabalhadores com carteira assinada.

1953

Em 1953, o Ministério da Saúde foi criado, mas com ações fragmentadas à população geral e direcionando a atenção à população da zona rural, uma vez que os trabalhadores urbanos teriam acesso aos IAPs.

1964

Contudo, grande parte da população brasileira urbana da época sequer tinha trabalho formal, ficando à mercê dos cuidados caseiros e desassistida pelo Estado: em 1964, com o Golpe Militar, as verbas em saúde pública foram reduzidas a valores inexpressivos, o que deflagrou o aumento da epidemia de meningite e da taxa de mortalidade infantil.

1966

Nesse contexto, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS foi criado, e tinha como objetivo unificar os IAPs. Entretanto, o propunha num modelo orientado por práticas curativistas, hospitalocêntricas e médico-centradas, findando no modelo assistencial hegemônico até hoje não superado no país (Escorel, 2012).

1985

Com o fim da ditadura militar no Brasil em 1985, a sociedade civil organizada ansiava por direitos igualitários que deveriam ser democraticamente pensados para, finalmente, consolidar o dever do Estado de promover saúde através de uma política legitimada pela Constituição Federal.

1986

Em 1986, com a participação de 4 mil delegados e da sociedade civil organizada (impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária), foi proposto o conceito ampliado de saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS. Ele foi incluído na Constituição Cidadã de 1988, a fim de reorientar o modelo de atenção a partir da descentralização do cuidado e da universalização da saúde.

1990

Em 1990, a partir das Leis Orgânicas da Saúde – LOSs, regulamentou-se o SUS baseado na prevenção de agravos e na promoção da saúde (Guerra *et al.*, 2016).

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.



PARA SABER MAIS

Saiba mais sobre a história da saúde pública no Brasil assistindo ao vídeo da Fiocruz “A história da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções”. Para isso, acesse:

[A história da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções.](#)

1.1 História da Saúde Bucal no SUS

A história da Saúde Bucal – SB no SUS foi atravessada por diversos momentos de lutas, conflitos e contradições, que suplantaram um sistema de saúde fragmentado e que não considerava a boca como um componente essencial para o bem-estar no cotidiano dos brasileiros.

Os escassos recursos que deveriam ser orientados para áreas “mais estratégicas” foram sempre a justificativa para esse modelo. Dessa forma, essa história é marcada pela omissão do Estado e pela luta da sociedade civil pelo compromisso daquele que deveria ser o promotor de uma saúde integral, que não dissociasse a SB da saúde geral.

No período que antecedeu a criação do SUS, alguns marcos foram importantes para a SB no Brasil:

A I CNSB, ocorrida em 1986, propôs, em seu relatório final, a inserção da área odontológica através de um Programa Nacional de Saúde Bucal.

O que acabou culminando, em 1988, na criação do Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com Uso de Selantes e Flúor – PNCCSF em 1988. Nesse programa, as ações eram planejadas de maneira hierarquizada e centralizada no Departamento de Odontologia do Ministério da Previdência e Assistência Social (Barros *et al.*, 2019).

Ainda assim, em 1989, de maneira paralela à criação do PNCCSF, foi criada também uma PNSB, além do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental – Precad, em discordância à proposta de descentralização e universalização do sistema de saúde (Narvai, Frazão, 2008).

Com o fim das eleições indiretas no Brasil, assumiu a Presidência da República Fernando Collor de Mello, cuja orientação neoliberal deu ensejo para o corte de programas assistenciais anteriores e instituiu o Plano Quinquenal de Saúde 1990–1995: a saúde do Brasil Novo.

Contudo, suas diretrizes foram consideradas epidemiologicamente questionáveis, pois propunha, por exemplo, a redução da manifestação de doença periodontal em crianças (Sampaio, Jorge, 2001).

No decorrer desse período, durante a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, aprovou-se a Portaria n.º 184 de 1991, que inseriu os Procedimentos Coletivos de SB no sistema de saúde (Brasil, 1991).

A partir do conceito do sistema incremental e de um modelo de atenção à saúde voltado às práticas curativistas, a Reforma Sanitária impulsionou a odontologia escolar, que, apesar de atender às demandas dos escolares, deixava de lado o restante da população do país.



REFLETINDO

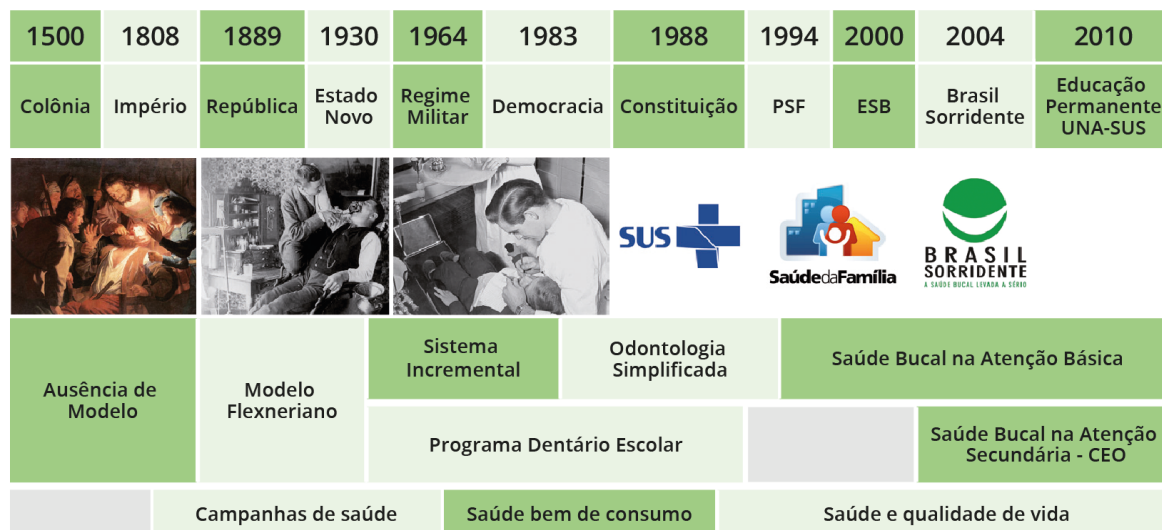
O sistema incremental de SB no Brasil, historicamente direcionado aos escolares, evidenciou uma lacuna significativa ao desconsiderar outras faixas etárias e outros grupos vulneráveis. Essa abordagem seletiva, ao priorizar apenas uma parcela da população, acabou reforçando as desigualdades de acesso e de cuidado, negligenciando as reais necessidades de um país marcado por profundas disparidades sociais. A SB, sendo uma parte integrante da saúde geral, deveria ser tratada de forma universal e contínua, atendendo a todas as etapas da vida e classes sociais. Não seria a universalização desse sistema, com políticas que alcancem todas as populações, uma via imprescindível para a efetiva redução das desigualdades sociais e para a promoção da equidade em saúde no Brasil?

Com o *impeachment* do então presidente Fernando Collor em 1992, o presidente interino Itamar Franco engendrou um declínio na prioridade da PNSB, que seguiu-se durante os dois sucessivos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso. Durante esse processo, a II CNSB, em consonância à Constituição Federal de 1988, sugeriu, novamente:

A descentralização da atenção e do planejamento, tendo como base na realidade local e reconhecendo a SB como direito de cidadania da população brasileira — fortemente marcada por desigualdade e condições sociais precárias, e na qual o Estado deveria atuar para diminuir as iniquidades e para fortalecer a democracia por meio de políticas públicas de inclusão social.

A figura a seguir sintetiza um breve histórico das práticas de saúde bucal no contexto histórico brasileiro:

Figura 04. Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil – de 1920 a 1990.



Fonte: Adaptado de VASCONCELOS, Erico Marcos de; FRATUCCI, Maristela Vilas Boas. Práticas de Saúde Bucal. São Paulo: UNA-SUS; UNIFESP, 2012.

Assim, a organização da atenção à SB descentralizada, com vistas à universalização do acesso, foi tomando forma nos municípios brasileiros, principalmente a partir de dois programas:

Programa Saúde da Família

Em 2000, com a edição da Portaria n.º 1.444 do MS, estabeleceu-se um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à SB por meio do então chamado PSF, que havia sido implantado seis anos antes (Brasil, 2000). Ainda assim, o controle social foi colocado na ordem do dia como forma de reafirmar a legitimidade de deliberação dos atores sociais que fazem o SUS, sejam eles usuários, profissionais, gestores ou prestadores de serviço, por meio das instâncias colegiadas.

Programa Brasil Sorridente

Em 2004, no primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Programa Brasil Sorridente – PBS foi instituído e integrado ao Plano Nacional de Saúde, um Pacto pela Saúde no Brasil, pautando a atenção à SB através do PBS num modelo reorientado, que previa uma rede de atenção básica articulada com serviços de maior complexidade e a integralidade da atenção, caracterizando, assim, uma proposta em que os DSS e a Clínica Ampliada fossem norteadores do planejamento e das ações em saúde.

Assim, foram instituídos alguns serviços para garantia da integralidade da atenção em Saúde Bucal, como o CEO. Eles foram instituídos pela Portaria n.º 2.607 de 2004 (Brasil, 2004b) para:

“ [...] ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, será promovida a implantação e/ou melhoria de CEO, que consistirão em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, e ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção. ”

Dado esse movimento histórico, a SB no SUS é resultante de lutas populares da sociedade civil organizada em instâncias colegiadas e deliberativas, que buscam, por meio da reafirmação de sua cidadania plena, seus direitos sociais para a inclusão de áreas então subjugadas pelo Estado, para a integralidade da atenção e para a universalidade do acesso — dadas as abissais diferenças sociais da população brasileira e a concentração de renda de uma mínima parcela da população —, como mecanismos para se alcançar a justiça social e a dignidade humana.



PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre as políticas públicas de SB no Brasil, acesse:

[A saúde bucal no Sistema Único de Saúde;](#)

[A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.](#)

1.2 Marcos legais da Saúde Bucal no SUS

A história da SB, no período mais recente, pode ser dividida em cinco momentos-chave, cada um representando um marco transformador no campo, sempre orientada pela luta social pelo direito à saúde. Observe na figura a seguir:

Figura 05. Os cinco momentos-chave da história da Saúde Bucal no SUS.

1

Realização da I CNSB em 1986, seguida pela criação da PNSB em 1989 e pela II CNSB em 1993.

2

Inclusão da equipe de Saúde Bucal – eSB na Estratégia Saúde da Família – ESF, em 2000, enfrentando desafios históricos de atuação restrita ao grupo materno-infantil e a implementação de um incentivo financeiro federal. Em 2001, foram estabelecidas as normas e as diretrizes para a inclusão das eSBs na ESF, acompanhadas pela criação das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde (Scherer, Scherer, 2015).

3

Lançamento do PBS em 2004, que, junto à realização da III CNSB, fortaleceu a abordagem democrática e progressista sobre a SB no país.

4

Em 2006, as responsabilidades e as atribuições dos profissionais de SB foram inseridas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, com reiteraões em 2011.

5

Promulgação da Lei n.º 14.572 de 2023, que instituiu a PNSB no âmbito do SUS, ao alterar a Lei n.º 8.080 e nela incluir a SB, transformando a PNSB em uma Política de Estado (Brasil, 2023a).

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.



REFLETINDO

A luta pela inclusão da SB no SUS reflete uma conquista social marcada por décadas de reivindicações por um atendimento integral e equânime. Qual é o papel das mobilizações populares na construção de um sistema que valorize a SB como parte essencial da saúde integral?

Essa pergunta nos leva a refletir sobre a importância de uma visão integral da saúde, que rompe com o paradigma de que a SB é secundária. A inclusão dessa área no SUS é resultado de uma luta que reconhece que a boca não é um órgão isolado, mas sim parte integrante do bem-estar geral.

A instituição das diretrizes da PNSB em 2004 resultou de um processo coletivo de construção de proposições geradas pelos Conselhos de Saúde – CSs e pelas Conferências de Saúde, com vistas à reorientação de um modelo capaz de propiciar um novo processo de trabalho, tendo como meta:

A produção do cuidado, aspirando superar o paradigma biomédico e focar na integralidade da atenção centrada na promoção do cuidado e na prevenção de agravos (Brasil, 2004c).

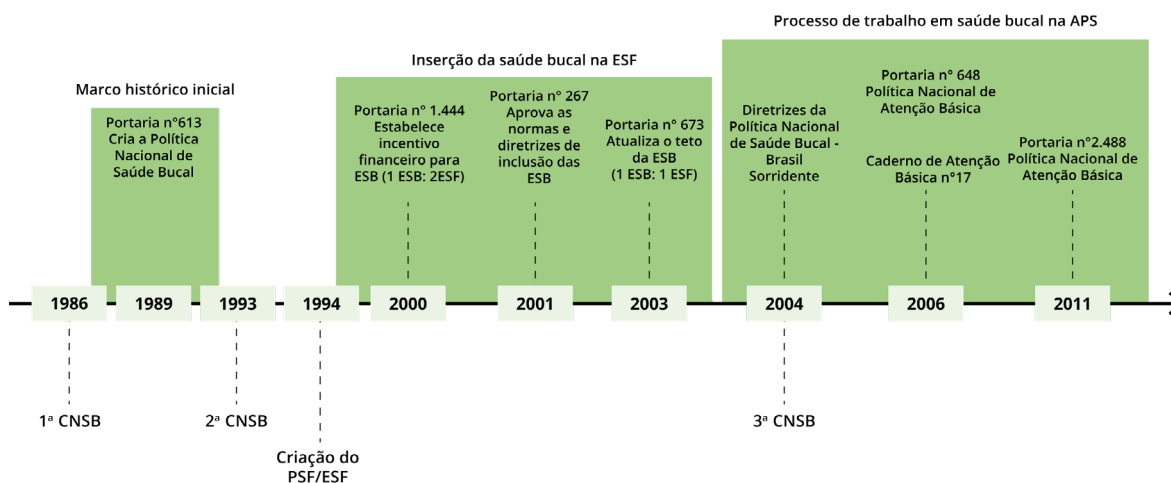
Tratou-se, portanto, de um momento particular e de um marco importante para a SB no escopo do SUS, devido:

À construção da consciência sanitária, fundamental para o exercício da cidadania na compreensão dos fatores que influenciaram e determinaram as condições de saúde; e

Ao conhecimento dos recursos disponíveis para prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Observe, na figura abaixo, uma linha do tempo, identificando os momentos e as normatizações que marcam o incentivo às mudanças no processo de trabalho em SB no Brasil.

Figura 06. Linha do tempo com os momentos e as normatizações que marcam o incentivo às mudanças no processo de trabalho em SB no Brasil.



Fonte: Adaptado de SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 49, 98, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100411&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev 2025. Epub Jan 22, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>.

1.3 Ações Estratégicas de Saúde Bucal

Com o advento da PNSB — ou Brasil Sorridente, como é mais conhecido — em 2004, como forma de reorganizar a SB, o Ministério da Saúde implantou algumas ações estratégicas voltadas à organização desse programa e à ampliação do acesso nos mais diversos níveis de atenção. A seguir, conheceremos um pouco mais sobre cada uma delas.

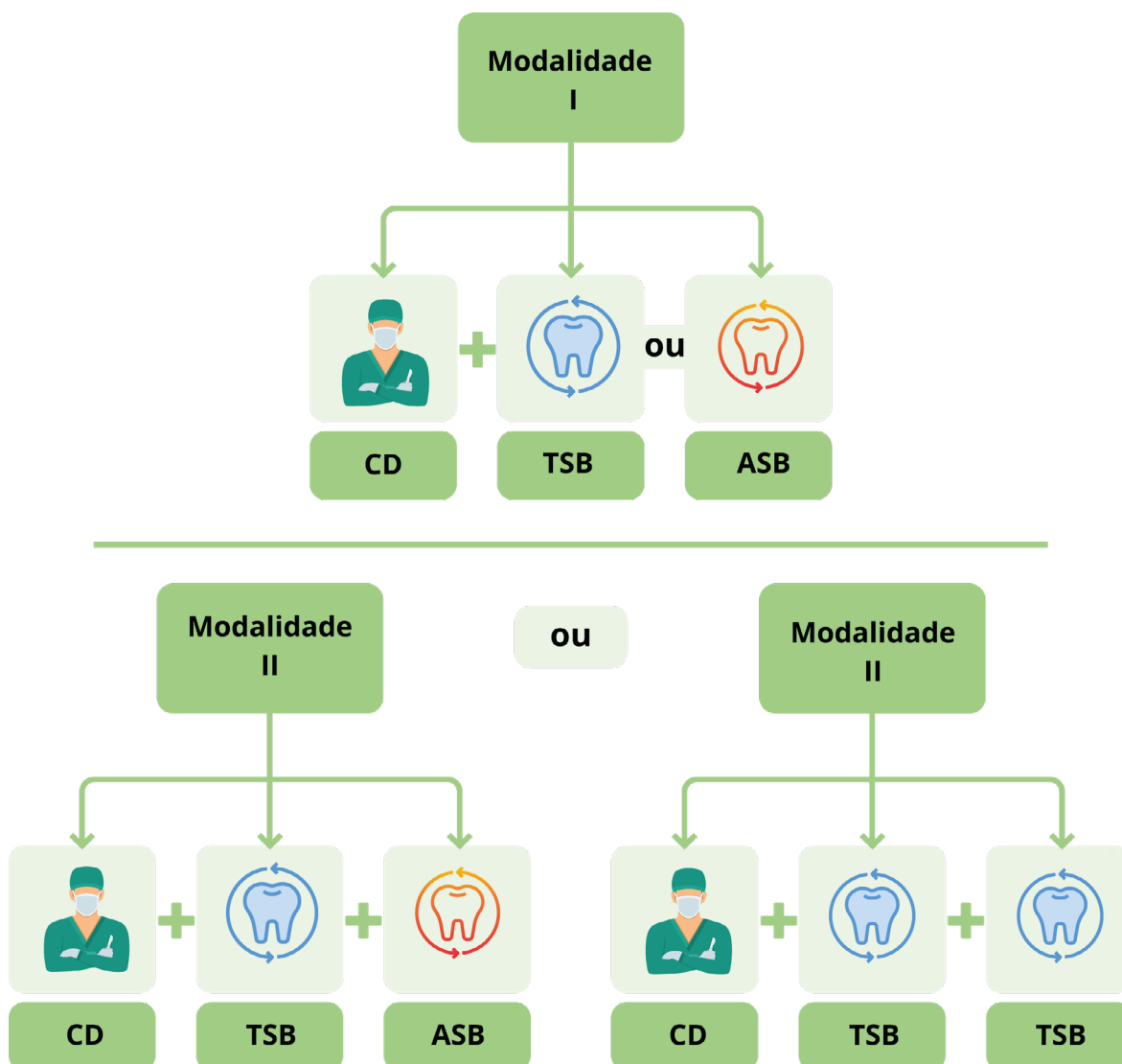
Equipes de Saúde Bucal

As eSBs e as equipes de ESF trabalham integrada e conjuntamente na Atenção Primária à Saúde – APS, com o objetivo de:

Realizar ações de atenção à SB voltadas à promoção e à proteção da saúde, à vigilância em saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, ao acompanhamento, à reabilitação e à manutenção da SB a nível individual ou coletivo.

Tais equipes podem se organizar em duas modalidades, da seguinte forma:

Figura 07. Modalidades das equipes de saúde bucal.



CD: cirurgião-dentista; ASB: auxiliar de Saúde Bucal; TSB: técnico em Saúde Bucal.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

A **Portaria n.º 2.539 de 2019** propôs uma nova modalidade de eSB com carga horária diferenciada, a fim de complementar as equipes de Atenção Primária – eAPS, podendo efetuar suas ações em 20 ou 30 horas semanais sem prejuízo na atenção (Brasil, 2019).

Unidades Odontológicas Móveis

Outra ação estratégica de SB vinculada à APS são as Unidades Odontológicas Móveis – UOM.

Organizadas a partir da Portaria de Consolidação n.º 6 de 2017, são compostas por consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à SB a serem realizadas por eSBs vinculadas às equipes da ESF (Brasil, 2017b).

Elas têm o objetivo de garantir as ações de prevenção de doenças e as ações de promoção da saúde às populações rurais, quilombolas, assentadas e em áreas isoladas ou de difícil acesso, e, portanto, vulnerabilizadas (Brasil, 2017b).

Figura 08. Unidade Odontológica Móvel.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, [c2025]. [CC BY-ND 3.0.](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/)

Centros de Especialidades Odontológicas

A nível de Atenção Especializada Ambulatorial em Saúde Bucal, os CEOs são os serviços de referência, que deverão contar, no mínimo, com as seguintes especialidades:

- Diagnóstico bucal;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor;
- Endodontia, e
- Atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Tais serviços, para serem oficialmente credenciados pelo Ministério da Saúde, deverão observar alguns requisitos mínimos, como a **necessidade de uma rede de APS organizada no município** e o mantimento de uma **produção mínima mensal**.

Os CEOs podem ser classificados de acordo com o número de cadeiras odontológicas que possuem:

Figura 09. Classificação dos CEOs.

Tipo 1	Quando dispõem de 3 cadeiras odontológicas;
Tipo 2	Quando possuem de 4 a 6 cadeiras odontológicas;
Tipo 3	Quando dispõem de 7 ou mais cadeiras odontológicas.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Uma outra oportunidade para o município é a adesão dos CEOs à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD, à luz da **Portaria de Consolidação n.º 3 de 2017**, na qual propõe-se garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as Pessoas com Deficiência no nível especializado.

Nesse caso, eles também deverão cumprir critérios mínimos, como:

Disponibilização de **no mínimo 40 horas semanais** para atendimento exclusivo a Pessoas com Deficiência – PcD e garantia de condições de **acessibilidade e mobilidade** nas instalações do CEO para PcD (Brasil, 2017a).

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Para os municípios com até 20 mil habitantes, que tenham uma cobertura mínima de 75% em SB e que não disponham de CEO, há a possibilidade de implantação do Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB, como forma de garantir um cuidado especializado em Saúde Bucal em municípios onde a estrutura física e os equipamentos necessários para implantação de um CEO possam se tornar subutilizados.

Trata-se de um ponto de atenção que deve conter **de duas a três especialidades** e ter horário de funcionamento de **30 horas semanais** (Brasil, 2023b).

Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

Uma outra ação estratégica, instituída por meio da **Portaria n.º 599 de 2006** (Brasil, 2006), são os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPDs, corroborados pela Portaria n.º 1.570 de 2004 (Brasil, 2004a), que visa realizar a fase laboratorial de, no mínimo, uma prótese dentária, seja ela total, parcial, coronária/intrarradicular, fixas/adesivas, de usuários atendidos pela eSB, pelo CEO ou pelo SESB.

Trata-se de um programa de apoio, transversal e que complementa a atenção à saúde com vistas à reabilitação funcional e estética de elementos dentários perdidos.



PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre as ações estratégicas da PNSB, acesse:
[Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal.](#)

Saúde Digital

Apesar dos inúmeros desafios que a pandemia da covid-19 impôs, a inegável transformação digital com seu crescimento acelerado a partir de 2020 promoveu a inserção de diversas práticas no cotidiano das pessoas.

A então chamada Saúde Digital foi, enfim, institucionalizada pela **Lei n.º 14.510 de 2022**, com o intuito democratizar ainda mais o acesso às informações de saúde, seja através do telemonitoramento, da teleorientação, da teleconsultoria ou da teleconsulta, sobretudo na perspectiva do distanciamento social que se fez importante para frear a disseminação do vírus (Brasil, 2022a).

Na prática diária, lançar mão da ferramenta de **teleodontologia** reforça o princípio de integralidade e da equidade da atenção, além de reconhecer as diversas barreiras do acesso à Assistência Especializada, que muitas vezes não está próxima do território dos usuários.

Trata-se, portanto, de uma possibilidade de ofertar ao usuário uma experiência de atenção mediada por facilitadores, como telefones, celulares e até mesmo computadores.

Faz-se importante destacar que a teleodontologia não tem como objetivo mediar um tratamento clínico, mas otimizar processos e qualificar o cuidado oferecido ao usuário.



REFLETINDO

Diferentemente das unidades de APS, que são descentralizadas e próximas à residência dos usuários, os pontos de atenção à saúde da Assistência Especializada, em geral, estão localizados em regiões geográficas onde o acesso pode ser dificultado por falta de transporte público, por exemplo. Assim, observando a realidade da grande maioria da população que utiliza transportes públicos, utilizar a teleodontologia tornaria a atenção à saúde mais equânime?

Observe abaixo alguns conceitos importantes da Saúde Digital:

Figura 10. Conceitos importantes da Saúde Digital.

Telemonitoramento

O telemonitoramento tem como possibilidade na Assistência Especializada monitorar o usuário após atendimento presencial, como em casos de acompanhamento pós-operatório cirúrgico.

Teleorientação

A teleorientação pode ser utilizada para definir o momento mais oportuno para realização de procedimentos operatórios, como o tratamento endodôntico após drenagem natural de abscesso.

Teleconsultoria

A teleconsultoria, por sua vez, tem como objetivo esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos e ações de saúde.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

É importante destacar que a **teleconsulta**, no entanto, não foi regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO.

Assim, o objetivo da teleodontologia não é realizar um tratamento via telefone ou computador, mas acompanhar o usuário integralmente e equanimemente dentro do serviço de saúde (Brasil, 2022c).



PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre as aplicações e os cuidados da teleodontologia no SUS, acesse o material abaixo:

[Manual Prático para o uso da Teleodontologia do SUS do Ministério da Saúde.](#)

1.4 Desafios e conquistas da Saúde Bucal no SUS

Embora haja várias conquistas em termos normativos que promovem a inserção da SB no SUS, dois grandes desafios se apresentam na organização da rede de Saúde Bucal a nível municipal:

1

O primeiro desafio está relacionado à importância que a gestão local — seja nas instâncias colegiadas, seja no executivo ou legislativo municipais — atribui aos cuidados em SB e à inclusão das ações estratégicas nas unidades de saúde.

O planejamento local deve ser direcionado para avaliar a demanda e organizar a RAS por meio do credenciamento das ações estratégicas de SB. Esse credenciamento deve partir do município, que, compreendendo as necessidades de saúde e a importância da SB na saúde geral, realiza o processo.

Além disso, o acompanhamento da produção e o cumprimento dos critérios das portarias são essenciais para garantir a continuidade do repasse financeiro.

2

O segundo desafio diz respeito à coordenação do cuidado pela APS. A APS deve guiar o itinerário terapêutico e garantir a integralidade do cuidado.

Nesse contexto, a gestão precisa adotar o modelo da Clínica Ampliada, que, embora comprovadamente melhore o cuidado dos usuários, não traz ganhos políticos imediatos.

Assim, essas ações estratégicas enfrentam a pressão da lógica curativista, na qual o executivo pode priorizar a criação de serviços focados no atendimento imediato, como urgência e emergência, que tendem a gerar mais visibilidade política.



REFLETINDO

Os ganhos políticos para o executivo e para o legislativo podem exercer uma influência significativa na forma como a prática de SB é orientada no município, muitas vezes priorizando pontos de atenção voltados para ações curativistas. Quando o foco está em resultados imediatos que geram visibilidade, como o atendimento em urgências e emergências, há uma tendência de se desviar do modelo ampliado de atenção integral, que busca prevenir e promover saúde a longo prazo. Esse cenário levanta uma questão importante: será que o investimento em soluções rápidas e visíveis realmente melhora a saúde da população ou apenas responde a uma demanda momentânea?

Ao privilegiar a criação de serviços que oferecem respostas rápidas em detrimento de um sistema preventivo, corre-se o risco de perpetuar a lógica curativista e limitar o potencial de reorganização da RAS.

Legislações, controle social e planejamento no SUS

Embora pareçam distantes da prática assistencial das unidades de atenção à saúde do SUS, as legislações são instrumentos essenciais para organizar o sistema e definir metas, indicadores, planos de planejamento e o financiamento da política de saúde pública.

Tais regulamentações são desenvolvidas a partir de um processo evolutivo histórico que se situa num determinado momento político e social do país. O amadurecimento da democracia suplantou a instituição de decretos, leis e portarias à luz das demandas e das lutas sociais, que colocaram na ordem do dia a necessidade de uma política pública de saúde que considerasse as disparidades sociais e as iniquidades em um país desigual, que exigia o direito da população à saúde e o dever do Estado em implantá-la (Brasil, 1988).

As então chamadas Leis Orgânicas de Saúde – LOSs, **Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990**, e a **Constituição Federal de 1988** formaram a base legal da organização do sistema público de saúde, que consolidou o controle social como um mecanismo de participação direta de todos os atores sociais envolvidos diretamente no SUS, sejam eles usuários, profissionais, gestores ou prestadores de serviço.

Esse controle social no SUS garante que tais atores tenham voz ativa na definição de políticas públicas de saúde, assegurando que as decisões atendam às necessidades reais da comunidade. Esses mecanismos promovem maior transparência e descentralização, permitindo um monitoramento constante da qualidade dos serviços e uma gestão democrática (Brasil, 2003).

Complementando as LOSs e a Constituição Federal, o **Decreto n.º 7.508** de 2011 (Brasil, 2011), a **Lei Complementar n.º 141 de 2012** (Brasil, 2012a) e a **Portaria n.º 2.135 de 2013** (Brasil, 2013) discorrem sobre os instrumentos de planejamento do SUS, de modo a fortalecer as diretrizes propostas pelos respectivos Conselhos de Saúde e pelas Conferências.

O Plano Municipal de Saúde – PMS e a Programação Anual de Saúde – PAS são os instrumentos de planejamento definidos, respectivamente, pela Portaria n.º 2.135 do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), como:

“ [...] instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. ”

Assim, o planejamento é fundamental para organizar e direcionar ações que visem à melhoria das condições de saúde, e seus instrumentos desempenham um papel fundamental nesse processo.

Eles fornecem um roteiro estratégico que orienta as instâncias colegiadas na criação de políticas efetivas, com base na realidade local e nas prioridades previamente estabelecidas. Além disso, a legislação oferece a base legal necessária para que essas políticas sejam implementadas de forma correta e sustentável, garantindo a alocação de recursos e o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS.

2.1 Fundamentos legais do SUS e sua aplicação

A formulação de políticas públicas no SUS está intrinsecamente ligada aos seus fundamentos legais, que garantem a organização e o funcionamento adequado do sistema. Sem a instituição de leis, não é possível estruturar uma política pública de saúde que contemple as necessidades que foram diagnosticadas localmente.

Leis, decretos e portarias são, portanto, ferramentas indispensáveis, pois estabelecem as bases para a implementação e a regulação das ações em saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

Esses instrumentos legais, além de legitimar as deliberações dos atores envolvidos no processo de construção, fornecem subsídios essenciais para que os municípios apliquem as políticas de saúde, respeitando suas peculiaridades e necessidades locais (Giovanella *et al.*, 2012).

A Constituição Federal de 1988 e as LOSs formam o arcabouço legal do SUS, estabelecendo os princípios e as diretrizes do sistema. Essas leis garantem que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, promovendo a descentralização e a participação social na gestão do sistema.

Entretanto, para que essas diretrizes sejam aplicadas de forma eficiente, portarias e decretos são necessários a fim de organizar sua aplicação. Esses instrumentos normativos são instituídos por meio de um processo democrático que envolve instâncias colegiadas, que propõem diretrizes a partir das realidades locais.

Nessas instâncias, os diferentes atores sociais — **usuários, gestores, profissionais e prestadores de serviço** — têm a oportunidade de participar ativamente, discutindo e sugerindo políticas que atendam às necessidades de cada região, garantindo que as decisões políticas sejam alinhadas às demandas sociais e territoriais e promovendo uma **gestão descentralizada**.

A formulação da legislação, assim, emerge como resultado de uma análise contextual das necessidades de saúde, assegurando que os planos de saúde respeitem as especificidades e sejam implementados com equidade, refletindo o caráter democrático do sistema público de saúde brasileiro.

O quadro abaixo apresenta os atos normativos, organizados por nível de atenção, que são fundamentais para a organização e a estruturação da PNSB:

Quadro 01. Principais legislações da PNSB organizadas por nível de atenção.

Atenção Primária à Saúde – eSB		
Ato Normativo	Objetivo	Ano
Portaria GM/MS n.º 822	Alterar critérios para definição de modalidades das eSFs dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.	2006
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6	Criar o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal.	2017
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6	Definir o valor do incentivo financeiro para o custeio das equipes de Saúde Bucal – eSBs.	2017
Portaria GM/MS n.º 960	Instituir o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde.	2023
Portaria GM/MS n.º 1.924	Reajustar os valores dos incentivos financeiros das equipes de Saúde Bucal.	2023
Lei n.º 14.572	Instituir a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS.	2023
Atenção Primária à Saúde – UOM		
Ato Normativo	Objetivo	Ano
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6	Instituir o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel.	2017
Portaria SAES/MS n.º 37	Redefinir registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.	2021
Portaria SAPS/MS n.º 60	Definir as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.	2020
Portaria de Consolidação n.º 1	Consolidar as normas sobre a Atenção Primária à Saúde.	2021

Atenção Secundária à Saúde – CEO		
Ato Normativo	Objetivo	Ano
Portaria GM/MS n.º 283	Antecipar o incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs.	2005
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5	Instituir os Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPDs.	2017
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6	Definir os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs.	2017
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6	Estabelecer o monitoramento da produção mínima mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs.	2017
Atenção Secundária à Saúde – CEOs Aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência		
Ato Normativo	Objetivo	Ano
Portaria de Consolidação n.º 3/GM/MS	Instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.	2017
Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS	Definir os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs.	2017
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6	Estabelecer o monitoramento da produção mínima mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs.	2017
Portaria SAS/MS n.º 911	Incluir no Serviço de Atenção em Saúde Bucal a classificação de Atendimento à Pessoa com Deficiência.	2012

Atenção Secundária à Saúde – Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB		
Ato Normativo	Objetivo	Ano
Portaria GM/MS n.º 751	Instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB.	2023
Portaria GM/MS n.º 837	Definir o registro do componente Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB no CNES.	2023

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/passos_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf. Acesso em: 21 jan. 2025.

2.2 Decreto n.º 7.508/2011 e suas implicações para a Saúde Bucal

Com vistas à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, o Decreto n.º 7.508 de 2011 foi instituído, regulamentando a Lei n.º 8.080 de 1990.

Esse decreto propôs a organização da RAS considerando alguns aspectos, como as regiões de saúde e o planejamento de maneira ascendente e integrado, do nível local ao federal, com base nas deliberações dos CSs. Em suma, a organização do serviço deve se basear na realidade local, discutida dentro dos próprios municípios pelos atores sociais que fazem parte do SUS (Brasil, 2011).

A organização com lógica na RAS propõe que as ações e os serviços de saúde devam ser integrados, regionalizados e executados de maneira solidária, ou seja, um determinado município que não comporta Assistência Especializada e/ou Atenção Hospitalar deve fazer parte de um componente maior, as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRASs, em que municípios melhor preparados possam se corresponsabilizar pela atenção à saúde.

Esses municípios devem ter espaços geográficos contínuos com identidades culturais, econômicas e sociais e com infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a execução das ações de saúde (Mendes, 2001).

Tal forma de composição da rede implica benefícios para a SB dos municípios que não suportem pontos de atenção à saúde com nível maior de complexidade, como é o caso de municípios com poucos habitantes, ou nos quais a realidade epidemiológica não permita a implantação de serviços especializados, haja vista a necessidade de sustentabilidade do SUS, seja em aspectos financeiros, tecnológicos ou de força de trabalho.

Assim, promover a integralidade por meio da RAS, permitindo que o usuário percorra todos os pontos de atenção necessários para seu tratamento, corresponde a um componente de saúde que ordena os instrumentos de saúde do município, sem desconsiderar a integralidade da atenção como princípio doutrinário e a regionalização e hierarquização da rede como princípios organizacionais do serviço (Brasil, 1990a).

2.3 Instâncias colegiadas que influenciam na tomada de decisão para implementação de serviços

O planejamento em saúde bem como as decisões dos planos a serem instituídos no município no âmbito do SUS não se dão de maneira hierárquica e imposta pelos gestores locais.

Ao contrário, as funções deliberativas se dão através da **participação popular**, na garantia de que a sociedade civil possa participar do processo de formulação e de controle das políticas de saúde.

A participação da sociedade no processo de tomada de decisão e de avaliação dos resultados foi instituída por meio da Lei n.º 8.142 de 1990, que dispõe que as instâncias colegiadas são as Conferências e os CSs (Brasil, 1990b).

A aplicação da ferramenta das instâncias colegiadas na ordem do dia, a partir da Constituição Cidadã de 1988, coroou a participação da população e da sociedade civil no processo decisório e de controle coletivo. Sua finalidade era suportar usuários ativos, que, com os trabalhadores do sistema, com a gestão e com prestadores de serviços, elaborassem uma democracia participativa a nível Municipal, Estadual e Federal, com representação do Estado e da sociedade civil, orientando que as gestões das políticas públicas deveriam ter caráter descentralizado (Rocha, 2008).



REFLETINDO

Se a descentralização não fosse um princípio do SUS, a oferta de serviços em saúde pública poderia enfrentar graves desafios, concentrando decisões apenas no nível federal de governo. Isso poderia resultar em uma gestão distante das realidades locais, comprometendo a efetividade e a eficiência na atenção à saúde do Brasil, haja vista as enormes disparidades intra e intermunicipais. Como garantir que as necessidades específicas de cada região, com suas particularidades socioeconômicas e culturais, fossem atendidas sem a participação direta da sociedade civil, dos estados e dos municípios? Além disso, como ficaria o controle social e a participação democrática, que são facilitados pela proximidade e pelas corresponsabilidades?

Tal ausência de autonomia local poderia limitar a adaptabilidade e o engajamento dos usuários do sistema, gerando um SUS mais rígido e menos capaz de responder às demandas diversificadas da população.

Assim, com o intuito de fortalecer a democracia no processo decisório, os CSs foram definidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012b) como uma:

“ [...] instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n.º 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde. ”

O CS, ao realizar uma análise situacional do município, desempenha um papel crucial na proposição e na deliberação de novas políticas e na implantação de novos pontos de atenção.

Através do diagnóstico das condições de saúde e da identificação das principais demandas, essa instância colegiada pode propor a necessidade da implantação de serviços especializados, como um CEO.

Essa análise permite não apenas a compreensão da carência de serviços mas também a viabilidade técnica, financeira e social para sua implementação.

Assim, o CS pode deliberar com precisão sobre as prioridades locais, propondo soluções que atendam às necessidades da população e otimizem os recursos disponíveis.

Diferentemente dos CSs, as Conferências de Saúde são fóruns que reúnem todos os segmentos da sociedade, objetivando debater novas diretrizes e a situação de saúde nas três esferas governamentais.

As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos ou quando, excepcionalmente, 50% + 1 dos integrantes do CS conclamam-na.

As decisões tomadas nas CNSs são fruto de discussões realizadas nos estados a partir das Conferências Estaduais – CEs, que, por sua vez, surgem das propostas apresentadas nas Conferências Municipais – CMs (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

As Conferências desempenharam e continuam a desempenhar um papel fundamental na transformação da gestão da saúde, como exemplificado pela 8ª CNS, ocorrida em 1986.

Figura 11. 8ª Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: CNS, 2019. [CC BY-ND 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/).

O relatório final desse evento foi utilizado como base para a elaboração do capítulo que versa sobre saúde na Constituição Federal de 1988, culminando na criação do SUS.



PARA SABER MAIS

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a responsabilidade do controle social democrático do SUS, acesse:

[Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS;](#)

[Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.](#)

A estratégia regional

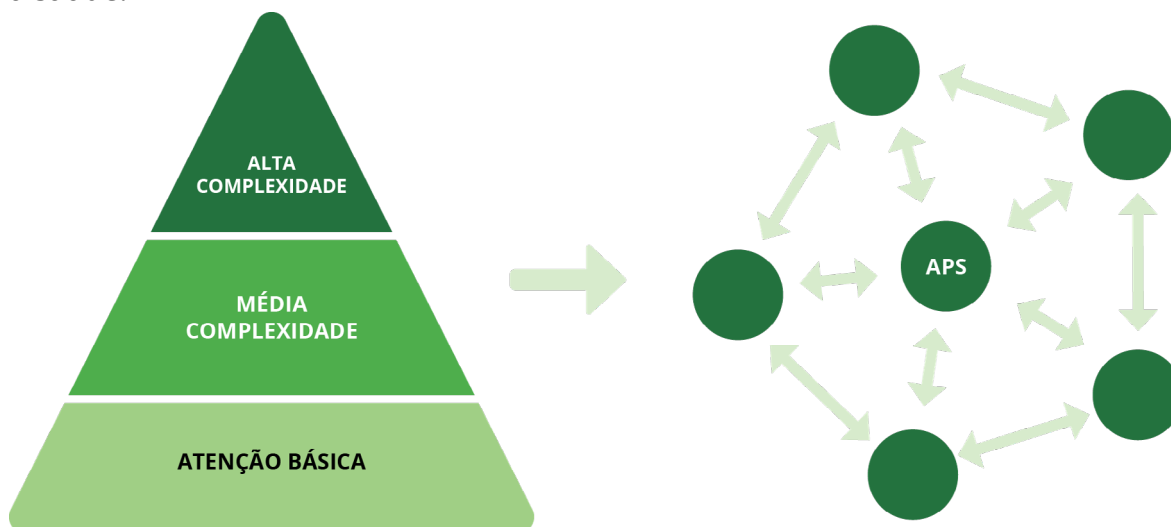
3.1 Redes de Atenção à Saúde, estrutura e funcionamento no Brasil

As RASs são definidas como arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado ao usuário do SUS, sobretudo considerando os insuficientes recursos financeiros e os complexos agravos de saúde.

Seu objetivo é organizar, numa lógica horizontal e não hierarquizada, diversos pontos de atenção que ambicionam a integralidade da atenção, sempre coordenadas pela APS, que deve orientar o itinerário terapêutico do usuário dentro da rede (Brasil, 2010; Brasil, 2024; Brasil, 2022b).

A figura a seguir demonstra esquematicamente a evolução da organização da rede, que antes era hierarquizada, para uma rede poliárquica, na qual os níveis de atenção conversam entre si e têm a APS no centro como organizadora e coordenadora do cuidado.

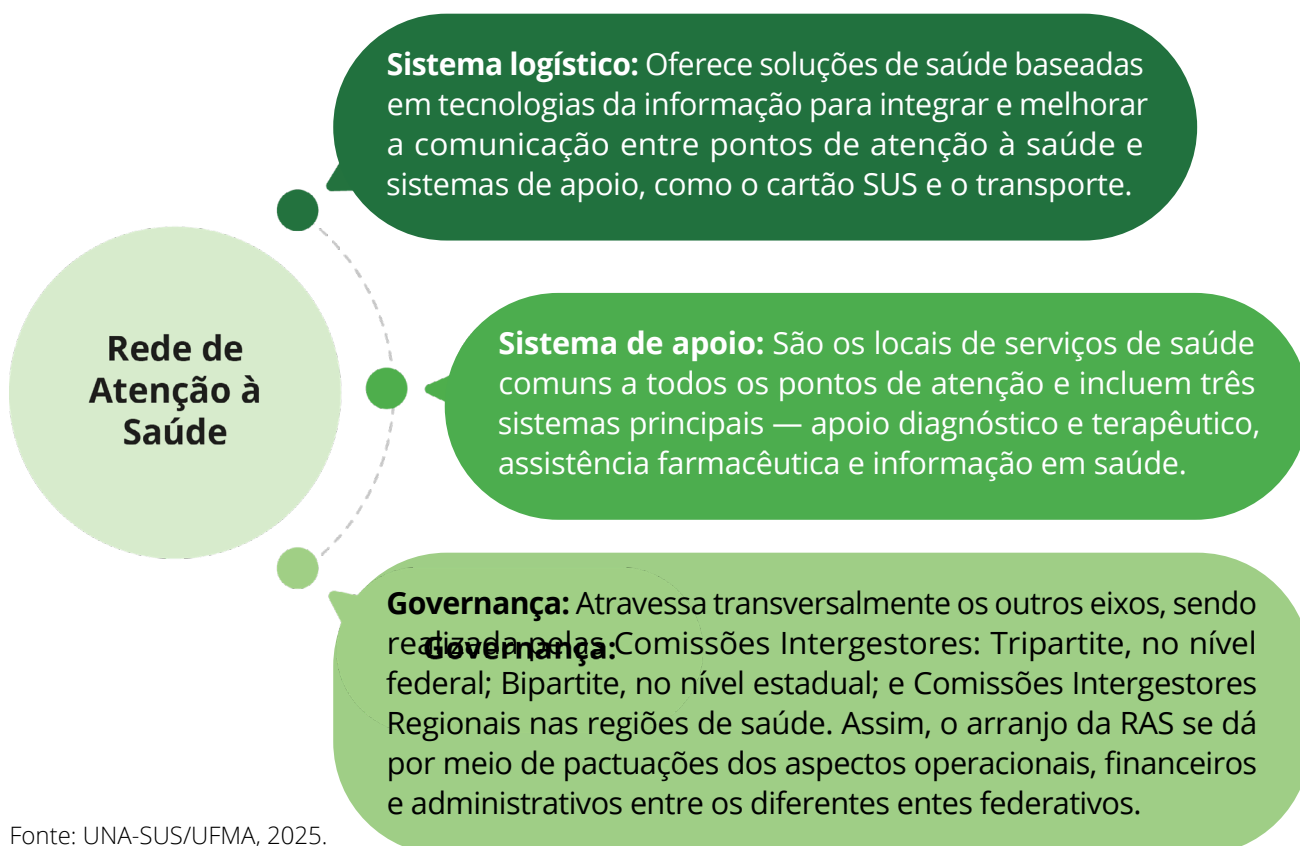
Figura 12. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 jan. 2025.

Estruturalmente, a RAS é dividida em três eixos. Observe a figura abaixo para conhecê-los:

Figura 13. Os três eixos da RAS.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Ou seja: para que uma RAS tenha sua função bem estabelecida, diversos atores sociais da assistência à saúde, da gestão e dos CSs devem ter o conhecimento necessário, a fim de melhorar o cuidado e a assistência, de diminuir a fragmentação, e de evitar a duplicação de infraestrutura e serviços.



REFLETINDO

Considerando os recursos de cada ente federativo (União, Estado e Município), há alternativas viáveis para organizar o SUS além das RAS?

Com intenção de promover ações assistenciais de saúde para diferentes condições e agravos que podem atingir o usuário, algumas RASs foram organizadas de maneira temática, a fim de responder às demandas recorrentes e prioritárias. São elas (Brasil, 2014):

Figura 14. Organização temática das RAS.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Além disso, a fim de facilitar a comunicação dentro da RAS, as linhas de cuidado foram criadas para organizar estratégias e práticas nos serviços, utilizando orientações clínicas, assistenciais e fluxos para direcionar as interações entre os serviços de saúde e os diversos pontos da RAS.



PARA SABER MAIS

Para entender mais o conceito de RAS, abordando suas regulamentações, seus fundamentos, atributos e componentes de cada rede temática, assista ao vídeo abaixo com foco em uma experiência de Santa Catarina:

[Webpalestra - Rede de Atenção à Saúde.](#)

Além disso, é importante conhecer a Rede Alyne — uma iniciativa do Governo Federal, que substituiu a antiga Rede Cegonha — e compreender a história de Alyne, uma jovem negra que deu o nome a esta rede temática de cuidado integral à gestante e ao bebê, criada para garantir uma assistência integral, humanizada e de qualidade a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Para isso, acesse o documento abaixo:

[Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê — Ministério da Saúde.](#)

3.2 Estratégias para melhoria das Redes de Atenção à Saúde e a incorporação dos serviços de Saúde Bucal

Embora as RASs direcionem o cuidado integral à saúde do usuário e se configurem como uma estratégia a partir da decisão tripartite, alguns desafios de implantação colocam-se no horizonte desse modelo de atenção à saúde.

De início, as pactuações entre os municípios, os estados e a federação ainda são competitivas, pouco solidárias e com dificuldades relacionadas à transferência financeira, já que a falta de repasse dos fundos aos prestadores pode acarretar negativamente na assistência que deveria ser ofertada ao usuário.

Ainda assim, existe o desafio da criação de uma cultura do trabalho em rede, muitas vezes não compreendida pelo profissional assistencial, que não concebe a possibilidade de atendimento em outros municípios e na continuidade da atenção na APS e/ou na Atenção Secundária à Saúde – ASS.

Destaca-se, aqui, a necessidade de estratégias como **educação permanente e continuada** para que os atores envolvidos no cuidado possam trabalhar numa lógica de cuidado coletiva, na qual a responsabilidade pela atenção é de todos.

Um passo que parece ser fundamental para a melhoria das RAS em seus diversos eixos temáticos é o monitoramento e a avaliação dos resultados por meio de indicadores de qualidade e de utilização de sistemas de informações interoperáveis, que, a partir dos dados, sejam capazes de:

Fornecer relatórios para o aprimoramento do sistema a nível local e regional, seja sobre a qualidade da atenção ofertada, sobre a satisfação do usuário ou sobre métricas de desfechos mensuráveis que possam organizar as diretrizes assistenciais, no intuito de melhorar a qualidade de vida de maneira geral.

3.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal e a RCPD, destacando a APS como ordenadora do cuidado

A Rede de Atenção à Saúde Bucal – RASB faz parte da lógica da RAS com o intuito de promover atenção integral aos usuários, cuja lógica de organização do território sanitário deverá ser regional.

Assim, os CEOs se alocam no território da microrregião sanitária, ou seja, municípios próximos com mais de 20 mil habitantes, enquanto os hospitais para atendimento odontológico sob anestesia geral e para tratamento de câncer de cabeça e de pescoço alocam-se no território da macrorregião sanitária.

Uma função central da RASB é a de ordenar e integrar os fluxos e os contrafluxos do sistema, papel desempenhado pelos profissionais da eSB da APS.

Um dos elementos da RASB são os sistemas de apoio, responsáveis por fornecer serviços que atendem a todos os pontos de atenção, abrangendo áreas como apoio diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (Brasil, 2018). Podemos exemplificar uma clínica particular de radiografia, que pode ter contrato pactuado com o município a fim de ofertar serviços para o apoio diagnóstico.



REFLETINDO

Vamos imaginar uma cidade pequena, com uma população que não justifica a criação de um consultório público de raio X pela prefeitura, pois a demanda do serviço não é alta o suficiente. Nesse cenário, surge uma reflexão importante para a gestão pública de saúde: seria mais sustentável, tanto financeiramente quanto logisticamente, contratar serviços de apoio diagnóstico particulares ou investir na abertura de uma unidade pública para oferta desse serviço?

Devemos pensar no equilíbrio entre o custo de manutenção de um serviço próprio e a eficiência dos serviços contratados. É essencial considerar, também, o impacto para a comunidade: o acesso dos cidadãos ao serviço seria melhor garantido com uma estrutura pública ou a parceria com o setor privado ofereceria uma solução mais flexível e adequada? Essas são questões que precisamos refletir ao pensar na gestão dos recursos públicos e na eficiência dos serviços de saúde.

A figura a seguir, mostra alguns elementos que são necessários para a construção de uma RASB:

Figura 15. Elementos necessários para a construção de uma RASB.



A definição de uma população a partir da análise situacional e a identificação dos grupos de risco prioritários, promovendo a equidade;



A estrutura operacional desta rede, como a força de trabalho disponível e os sistemas de apoio, logístico e de governança, a fim de organizar de maneira bipartite o fluxo de atenção; e



A organização do modelo de saúde baseada no fortalecimento de uma APS resolutiva e ordenadora do itinerário terapêutico do usuário dentro da rede temática.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Outro exemplo de rede temática é a RCPD, normatizada pela Portaria de Consolidação n.º 03 de 2017.

A RCPD tem foco em ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às Pessoas com Deficiência física, auditiva, intelectual e/ou visual, com estomia e com múltiplas deficiências (Brasil, 2017a).

Diversas diretrizes e objetivos gerais e específicos foram dispostos com o intuito de humanizar a atenção e de repensar o cuidado em saúde nas complexidades existentes às realidades dessas pessoas.

A promoção da equidade e do respeito à vida humana e seus direitos bem como a garantia o cuidado sob a lógica interdisciplinar são eixos estruturantes dessa rede.

Assim como foi instituída a RCPD devido à complexidade dos cuidados necessários para garantir o acesso integral e qualificado a essa população, supõe-se o mesmo para a definição da RASB.

Pequenos municípios muitas vezes não têm capacidade para suportar pontos de atenção de média e alta complexidade em SB, e os cuidados exigem uma abordagem com tecnologias duras. A realidade epidemiológica, marcada por altos índices de cárie e outras doenças, reforça a necessidade de uma rede integrada que possibilite a organização e a oferta de serviços especializados, em um modelo de pactuação entre federação, estados e municípios. Essa pactuação é essencial para garantir o fluxo dos pacientes de maneira adequada entre os diferentes níveis de atenção.



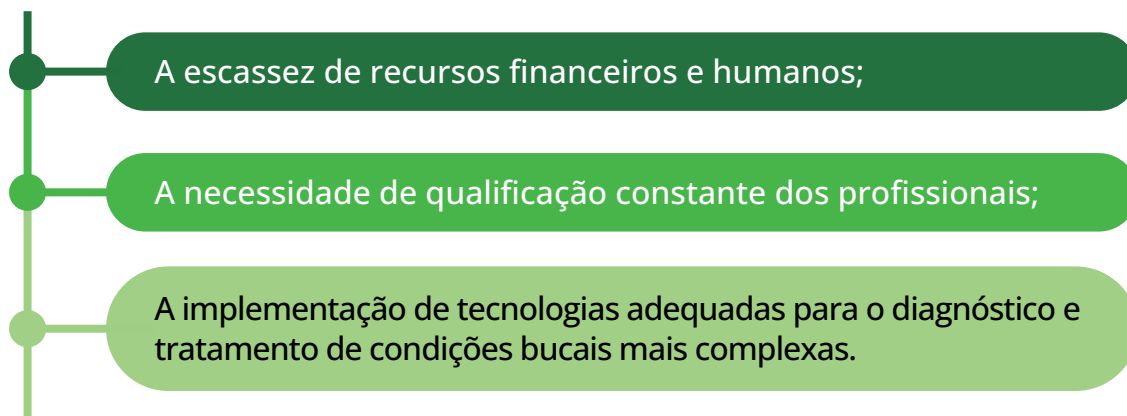
VOCÊ CONHECE?

As **tecnologias leves** referem-se aos processos relacionais e subjetivos no cuidado em saúde, como a comunicação, o vínculo e a humanização do atendimento. Elas envolvem habilidades interpessoais visando melhorar a qualidade das interações entre profissionais e usuários.

As **tecnologias duras** são compostas por equipamentos e dispositivos técnicos utilizados para diagnóstico e tratamento, como máquinas de raio X, tomógrafos e ferramentas cirúrgicas.

A criação de uma rede como a RASB, no entanto, enfrenta desafios consideráveis, como:

Figura 16. Desafios para a criação de uma rede como a RASB.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Além disso, a organização intermunicipal requer uma articulação eficiente entre as diferentes esferas de governo, o que inclui tanto a gestão quanto o financiamento adequado para garantir a sustentabilidade da rede.

Esses fatores exigem um esforço conjunto para superar as dificuldades de integração e oferecer um cuidado contínuo e eficaz, atendendo à complexidade crescente dos tratamentos complexos no âmbito das RAS.

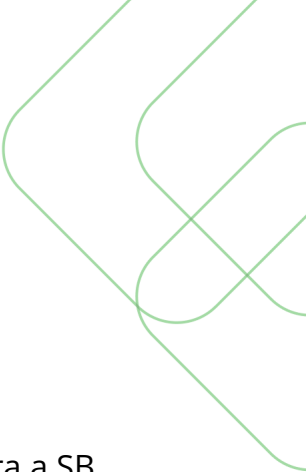
Considerações finais

Neste livro, discutimos como, ao longo da história, as políticas de saúde no Brasil foram moldadas por um intenso processo de lutas sociais, que evidenciaram a necessidade de um sistema de saúde universal. A criação do SUS representou um marco na consolidação de conquistas, unindo a promoção da saúde e a prevenção de agravos em um modelo descentralizado que se estende por todo o país. O papel democrático e de reiteração de cidadania através do SUS, portanto, vai além do acesso aos cuidados de saúde, abrangendo também o controle social no planejamento do sistema, para garantir que as necessidades da população sejam atendidas de forma integral e equânime.

Dentro do cenário da integralidade, a evolução da SB no SUS demonstra avanços importantes, como a inclusão das eSBs nas equipes de Saúde da Família. Essa integração trouxe inúmeros benefícios à população, ampliando o acesso a cuidados odontológicos. No entanto, os desafios permanecem, especialmente em relação à garantia de financiamento adequado e à superação das desigualdades regionais com vistas à equidade da atenção.

O fortalecimento da PNSB e a implementação de ações estratégicas demonstram avanços significativos no cuidado odontológico no SUS. A integração com a APS e a ampliação dos serviços na Atenção Especializada Ambulatorial, por meio das UOMs e dos CEOs, evidenciam o compromisso com a promoção da saúde e com a ampliação do acesso aos serviços. Contudo, é fundamental o compromisso contínuo com a ampliação da cobertura, o planejamento local e a superação do modelo curativista ainda tão presente.

Percebemos ainda que a pandemia da covid-19 trouxe novas perspectivas e novos desafios, acelerando a transformação digital e abrindo caminho para a Saúde Digital, que tem contribuído para democratizar ainda mais o acesso às informações e aos cuidados em saúde. Ferramentas como o telemonitoramento, a teleorientação e a teleconsultoria tornaram-se fundamentais para reforçar os princípios da integralidade e da equidade na atenção. Assim, a teleodontologia surge como uma estratégia fundamental para otimizar processos e qualificar o cuidado oferecido ao usuário, sem deixar de lado a importância do contato presencial.



Também exploramos o Decreto n.º 7.508 de 2011 e suas implicações para a SB. Ele propôs a organização da RAS, reforçando que as ações e os serviços de saúde devem ser integrados, regionalizados e realizados de forma solidária, garantindo que os usuários possam acessar todos os pontos necessários para seu tratamento de maneira eficiente e coordenada. Além disso, é essencial destacar a importância da participação ativa dos usuários no planejamento, na formulação e no controle de políticas de saúde. A inclusão da sociedade civil por meio das instâncias colegiadas, como os CSs, fortalece a transparência, a legitimidade, a eficácia e a eficiência das ações implementadas.

A continuidade das ações de promoção de saúde e de prevenção, aliada à descentralização dos serviços, é fundamental para a sustentabilidade organizacional do SUS, destacando que, mesmo com os avanços, a vigilância e a adaptação constante às demandas sociais são necessárias para o êxito do sistema que pretende, a partir de um modelo ampliado, melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Esperamos que este livro tenha contribuído para ampliar a sua compreensão sobre a importância do seu papel como gerente de serviços de especialidades em SB na rede pública de saúde, e que as reflexões aqui apresentadas possam servir como base para promover mudanças efetivas, com o compromisso contínuo com a equidade, com a inclusão e com a qualidade no cuidado em SB. Só assim, através de um esforço coletivo e permanente, será possível garantir que todos tenham acesso a um atendimento de Saúde Bucal digno, justo e alinhado aos princípios do SUS.

Até a próxima!

Referências

BARROS, Sandra Garrido de *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 207–222, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912016>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 430p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003. 604 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e

as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.os 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília, DF: MS, 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14510.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 14.572, de 8 de maio de 2023.** Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF: MS, 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 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. Brasília, DF: MS, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 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. Brasília, DF: MS, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a

transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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**: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n.º 250-E, p. 85, 29 dez. 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.570, de 29 de julho de 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, DF: MS, 2004a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 184, de 1991. Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 129, n.º 197, p. 22125, local. 37, 10 out. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n.º 188, p. 164, 27 set. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF: MS, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2607_10_12_2004.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 599 de 23 de março de 2006.** Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 751, de 15 de junho de 2023.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – Sesb. Brasília, DF: MS, 2023b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0751_20_06_2023.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012.** Brasília, DF: MS, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS, 2014. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual prático para uso da teleodontologia** [versão preliminar]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. 52 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/teleodontologia.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadãos Ativos: A Revolta da Vacina. *In*: CARVALHO, José Murilo de. **Os Bestializados**. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil Petrópolis. Petrópolis: ABRASCO; Vozes, 1985.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, Lígia, *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 323-363. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-17.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 27 jan. 2025.

GUERRA, Luciane Miranda *et al.* Política pública de saúde no Brasil: antecedentes e perspectivas. *In*: PEREIRA, Antonio Carlos *et al.* (org.). **Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas**. Águas de São Pedro, SP: Livronovo, 2016. 631 p., il. + 1 CD-ROM. ISBN 9788580682144 (broch.).

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ROCHA, Enid. **A Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social**: avanços e desafios. 20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social. Brasília, DF: Ed. Anfpip, 2008.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. JORGE, Maria Salete Bessa. **Construção do conhecimento em saúde coletiva: políticas públicas e diversidades.** Coleção "Saúde Coletiva no Ceará" Nº 6. Ed. Inesp, Fortaleza, 2001.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>. Acesso em: 27 jan. 2025.

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme a Lei n.º 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TÍTULO	Políticas de saúde no Brasil e a Política de Saúde Bucal
ORGANIZADORAS	Ana Emilia Figueiredo de Oliveira Doralice Severo da Cruz Teixeira Elza Bernardes Ferreira Judith Rafaelle Oliveira Pinho Paola Trindade Garcia
PROJETO GRÁFICO E CAPA	Jackeline Mendes Pereira Vital Amorim Vital
PÁGINAS	68
FORMATO	210 x 297 mm (A4)
TIPOGRAFIAS	Open Sans CORPO E TÍTULOS Rawline TÍTULOS
EDIÇÃO	Digital

