



Trabalho, Educação e Saúde

ENSAIO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3527>

O trabalho em saúde bucal no SUS: desafios e perspectivas

Oral health work in the SUS: challenges and perspectives

Trabajo en salud bucal en el SUS: desafíos y perspectivas

Paulo Capel Narvai¹

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Política, Gestão e Saúde, São Paulo, Brasil.
✉ pcnarvai@usp.br
<https://orcid.org/0000-0003-4769-6896>

Resumo

Analisa-se neste artigo o trabalho odontológico no Sistema Único de Saúde, identificando suas características gerais e explorando possibilidades sobre o que deve ser esse trabalho. A referência analítica é a lei n. 14.572/2023, que instituiu uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, e os relatórios finais das três conferências nacionais temáticas nessa área, realizadas em 1986, 1993 e 2004. Foi criado um mapa conceitual organizando e articulando conceitos estratégicos, como os de necessidades em saúde bucal, assistência odontológica, ações coletivas em saúde bucal e atenção à saúde bucal e a missão atribuída a essa política pública de produção social da saúde. São identificados três desafios a esse trabalho: o seu financiamento, a mudança do modelo de atenção e a mudança do processo de trabalho. As perspectivas vinculam-se estreitamente aos rumos dessa política pública em cada município. Conclui-se reconhecendo o papel estratégico da manutenção do controle público sobre o trabalho em saúde, para que seja sustentável e produza mudanças no modelo de atenção.

Palavras-chave saúde bucal; trabalho em saúde; saúde pública odontológica; odontologia; Sistema Único de Saúde.

Como citar: NARVAI, Paulo C. O trabalho em saúde bucal no SUS: desafios e perspectivas. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 24, 2026, e03527334. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3527>

Recebido: 17/07/2025
Reapresentado: 24/04/2026
Aprovado: 29/05/2026



Abstract

The article analyzes dental work in the Brazilian Unified Health System, identifies its general characteristics and explores possibilities about what this work should be. The analytical reference is law 14,572/2023, which instituted a National Oral Health Policy in Brazil, and the final reports of the three national oral health conferences, held in 1986, 1993, and 2004. A conceptual map was created organizing and articulating strategic concepts, such as oral health needs, dental care, collective actions in oral health and oral health care, and the mission assigned to this policy of social production of oral health. Three challenges are identified for this work: its financing, the change in the oral health care model and the change in the work process. The perspectives are closely linked to the directions of this policy in each municipality. It concludes by recognizing the strategic role that maintains public control over oral health work, so that it is sustainable and generates changes in the care model.

Keywords oral health; health work; dental public health; dentistry; Brazilian Unified Health System.

Resumen

El artículo analiza el trabajo odontológico en el Sistema Único de Salud de Brasil, identifica sus características generales y explora posibilidades sobre lo que debería ser ese trabajo. La referencia analítica es la ley 14.572/2023, que instituyó una Política Nacional de Salud Bucal en Brasil, y los informes finales de las tres conferencias nacionales de salud bucal, celebradas en 1986, 1993 y 2004. Se elaboró un mapa conceptual que ordena y articula conceptos estratégicos, como las necesidades de salud bucal, la atención odontológica, las acciones colectivas en salud bucal y el cuidado de la salud bucal, y la misión asignada a esta política de producción social de salud bucal. Se identifican tres desafíos para este trabajo: su financiación, el cambio en el modelo de atención bucodental y la modificación en el proceso de trabajo. Las perspectivas están estrechamente ligadas a las direcciones de esta política pública en cada municipio. Concluye reconociendo el papel estratégico de mantener el control público sobre el trabajo de salud bucal, para que sea sostenible y produzca cambios en el modelo de atención.

Palabras clave salud bucal; trabajo en salud; salud bucal colectiva; odontología; Sistema Único de Salud Brasileño.

Introdução

O que é o trabalho odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS) e o que deve ser esse trabalho esteve em debate na Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em reunião realizada em Brasília, em 5 de junho de 2025. O debate, cujo título apresentava o complemento ‘desafios e perspectivas’, motivou e dá título a este artigo.

Aqui são revisados, sumariamente, alguns termos e expressões contidos na temática proposta pela CISB/CNS. A análise tem como referência os relatórios finais das três conferências nacionais de saúde bucal (CNSB) realizadas no Brasil, em 1986, 1993 e 2004 (Brasil, 1986, 1993, 2005); a lei n. 14.572, conhecida como Lei da Saúde Bucal no SUS (LSB-SUS), que instituiu uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito do SUS, em 8 de maio de 2023 (Brasil, 2023); e o documento *Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da lei n. 14.572/23*, o qual identifica oito “princípios norteadores” que “têm como fundamento o imperativo da mudança do modelo de atenção à saúde bucal no SUS, como condição da sustentabilidade econômica da PNSB” (Brasil, 2024).

Para orientar o desenvolvimento da análise, criou-se um mapa conceitual (MC) com esses termos e expressões, identificando uma possibilidade para suas conexões e produção de sentidos, com o pressuposto de que esta é apenas uma dentre muitas hermenêuticas possíveis dos referidos documentos.

Um MC traz representações gráficas com o objetivo de integrar conceitos, articulando-os em determinado contexto teórico, evidenciando assim suas possíveis inter-relações. Originalmente, o MC – proposto em 1977 pelo educador estadunidense Joseph Novak (1990) com base na teoria da aprendizagem significativa, formulada

por David Ausubel (Ausubel, Novak e Hanesian, 1983) – buscava expressar, como numa espécie de organograma mais detalhado, as inter-relações entre conceitos em contextos pedagógicos. Atualmente, porém, sem perder sua finalidade de facilitador da aprendizagem significativa, o MC se transformou em recurso amplamente usado para a organização e integração de informações nos mais diversos contextos comunicativos.

Para melhor compreensão das partes do MC, ele é apresentado decomposto em figuras parciais e, gradativamente, recomposto integralmente, para melhor visualização de sua totalidade. A análise é conduzida segundo o referencial epistemológico da dialética (Konder, 1981).

Saúde bucal

Numa assertiva que com o passar dos anos se consolidou como uma espécie de bordão, utilizado amplamente, até mesmo por quem desconhece sua origem, Mário Chaves afirmou em seu livro clássico, *Odontologia social*, que a “saúde bucal é uma abstração útil, pois a rigor, não há saúde sem saúde bucal” (Chaves, 1962, p. 4-5). Essa abstração a que se refere Chaves pode ser facilmente compreendida pelo conceito criado pela 1ª CNSB, que enuncia a saúde bucal como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo” e “diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” (Brasil, 1986).

Também para a Organização Mundial da Saúde (OMS),

a saúde bucal é parte da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas, e implica estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e faringe, de alterações nos tecidos moles da boca (língua, gengivas e mucosa oral), de defeitos congênitos como lesões e fissuras de lábio e/ou palato, e de outras enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial. A saúde bucal possibilita falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais. A OMS assinala ainda que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Ademais, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida. (Petersen, 2003, p. 4, tradução livre)¹

A expressão ‘saúde bucal’ corresponde, portanto, a um conceito relativamente complexo que não pode ser reduzido à saúde dos dentes, ou a considerações sobre uma ou duas enfermidades, definidas arbitrariamente. É nessa perspectiva que, ao inserir um parágrafo no art. 6º da lei n. 8.080/90, que regulamenta o SUS, a lei n. 14.572/2023 (Brasil, 2023) define saúde bucal, compreendendo-a como um “conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde”. Para isso,

as ações e os serviços de saúde bucal devem integrar as demais políticas públicas de saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, com vistas à articulação de ações e à concretização de ações integrais de saúde que viabilizem intervenção sobre fatores comuns de risco. (Brasil, 2023)

Deve ser assim, pois, segundo o art. 1º da LSB-SUS, a PNSB “se constitui em instrumento para orientar as ações direcionadas à produção social da saúde bucal e, especificamente, as ações odontológicas em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS” (Brasil, 2023).

Dadas essas características, cabe assinalar que a PNSB não é apenas uma política odontológica, uma vez que sua implementação, em diferentes contextos, implica necessariamente o envolvimento e a participação de muitos outros sujeitos, além dos profissionais específicos da área odontológica, pois a ‘produção social da saúde bucal’ envolve condições e implica executar ações das quais a odontologia não se ocupa.

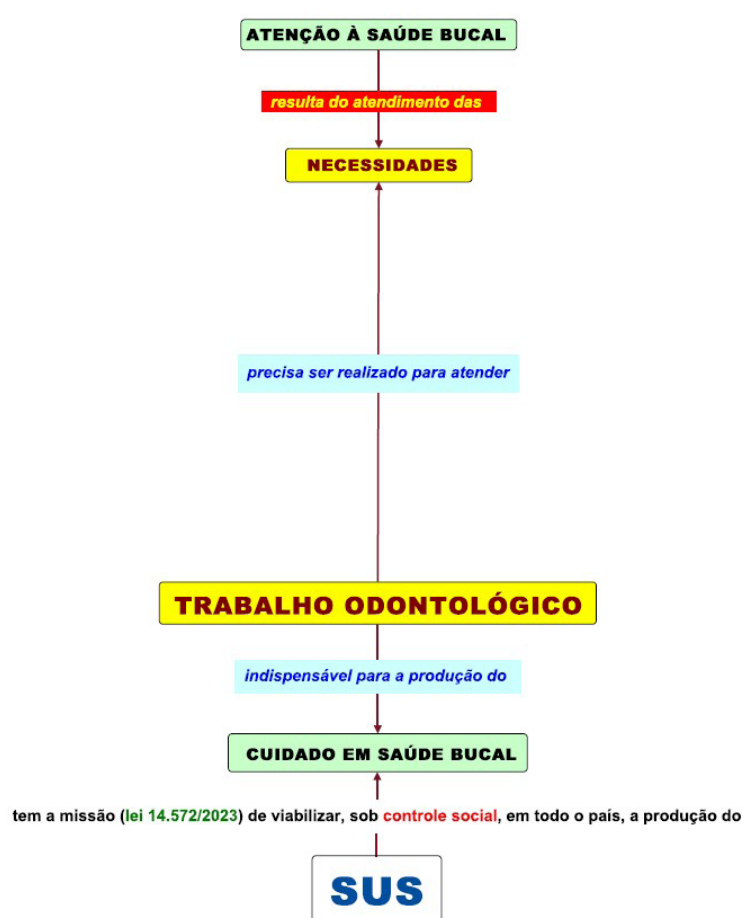
Por essa razão, cabe reiterar que ‘saúde bucal’ não corresponde a um significante equivalente a ‘odontologia’, conforme preconiza o movimento teórico-político conhecido como ‘Saúde Bucal Coletiva’ (SBC) (Narvai,

1994). Essa distinção decorre do reconhecimento de que ‘saúde bucal’ é, também, odontologia. Mas não é apenas odontologia, pois é também, concomitantemente, saúde coletiva (Narvai, 2006b).

Trabalho e produção do cuidado

A lei n. 14.572/2023 atribui ao SUS, por meio da PNSB, a missão de promover a ‘produção social da saúde bucal’. Cabe indagar, portanto, sobre que tipo de trabalho odontológico deve ser realizado para viabilizar essa missão do SUS. A Figura 1 apresenta uma trajetória possível, tendo como ponto de partida o SUS, na parte inferior, e o trabalho odontológico como centro desencadeador para a produção do cuidado em saúde bucal que precisa ser oferecido para atender a necessidades de cujo atendimento resulta a atenção à saúde bucal. Muitas são, porém, as respostas possíveis para a indagação sobre como o trabalho odontológico pode produzir a atenção à saúde bucal.

Figura 1 – Função do trabalho odontológico no SUS para a produção da atenção à saúde bucal.

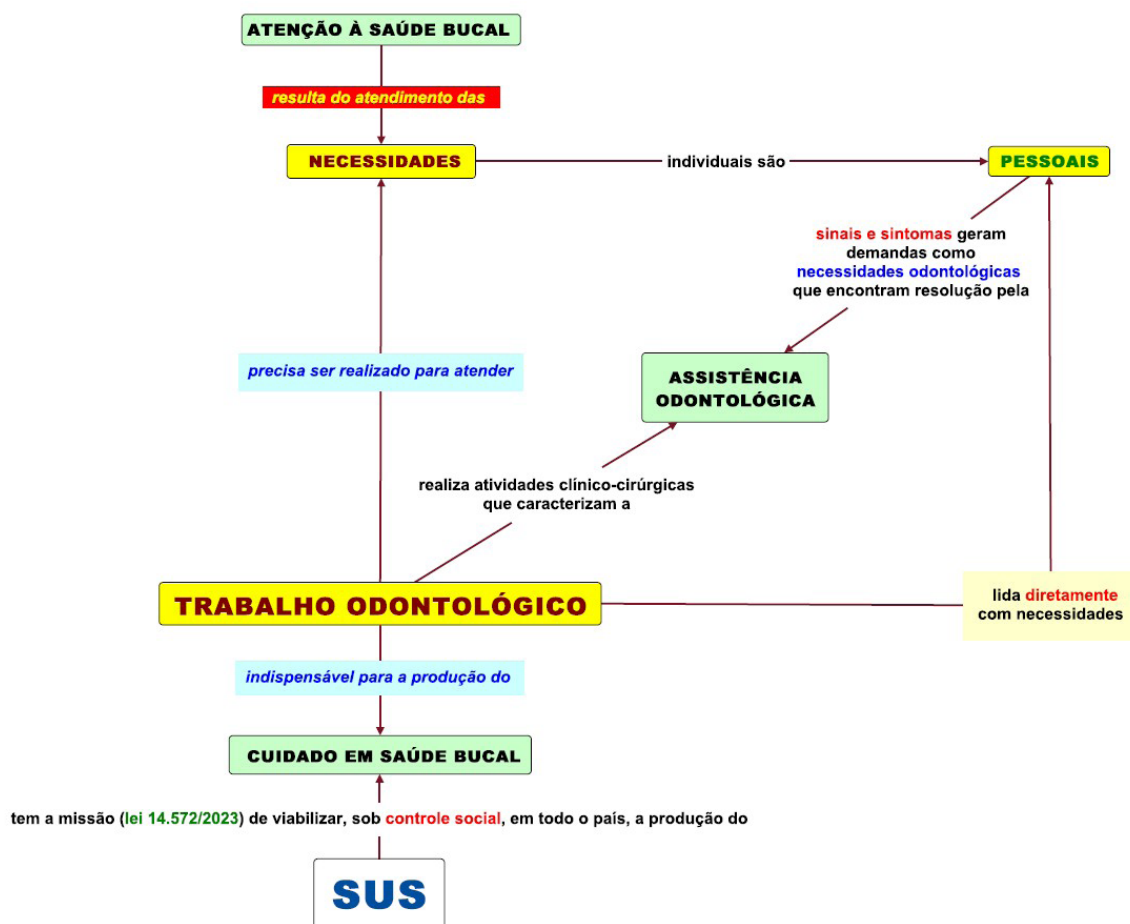


Fonte: elaborado pelo autor.

Uma dessas possibilidades de resposta teria decerto ampla aceitação e indicaria que, ao produzir a assistência, o trabalho odontológico contribui para essa produção. Mas pode-se afirmar que essa resposta é apenas parcialmente correta, uma vez que o que se convencionou denominar ‘assistência odontológica’ lida apenas com necessidades individuais, as quais são demandadas da clínica odontológica convencional como necessidades pessoais, decorrentes geralmente da percepção de sinais ou sintomas pelos indivíduos. Os procedimentos clínico-cirúrgicos realizados pela assistência odontológica bastam para lidar com tais necessidades. É com base na prática que tem a assistência odontológica como núcleo exclusivo do trabalho odontológico que se estrutura o modelo de atenção à saúde bucal preconizado pela odontologia de mercado (Figura 2). Tal modelo, cabe enfatizar, reduz a atenção à saúde bucal à

assistência odontológica, que caracteriza um, não o único, tipo de trabalho odontológico. Tem sido reconhecido que a odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro, do período colonial aos dias atuais (Narvai, 1994, 2001, 2006a; Narvai e Frazão, 2008a). Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado como segue exercendo poderosa influência sobre a PNSB, que reproduz mecânica e acriticamente esse modelo. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas.

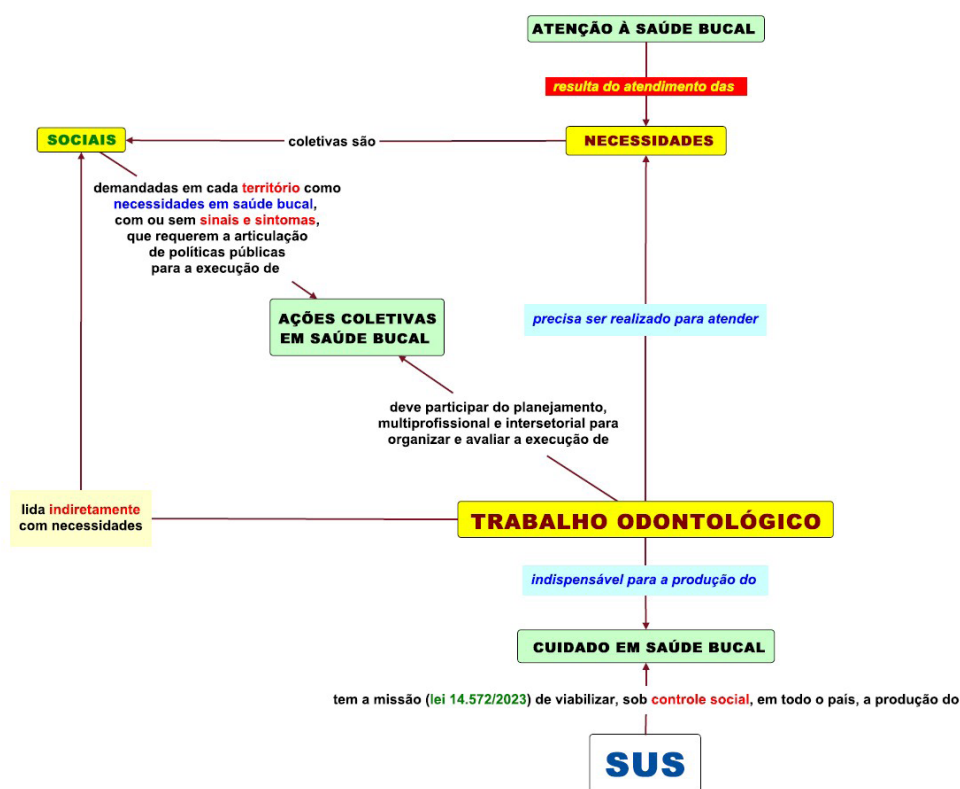
Figura 2 – Função da assistência odontológica na resposta às necessidades pessoais em saúde bucal, característica do modelo de atenção da odontologia de mercado.



Fonte: elaborado pelo autor.

Ocorre que, além dessas necessidades sentidas individualmente, ao viverem em sociedade os indivíduos apresentam necessidades coletivas, que se expressam como necessidades sociais e que, em muitas situações, não decorrem da percepção individual de sinais ou sintomas, e cuja resolução, ao extrapolarem as possibilidades da assistência odontológica, requerem o desenvolvimento de práticas que podem ser designadas como ações coletivas em saúde bucal, outro tipo de trabalho odontológico, distinto da assistência (Figura 3).

Figura 3 – Função das ações coletivas em saúde na resposta às necessidades sociais em saúde bucal.



Fonte: elaborado pelo autor.

Ações coletivas em saúde bucal

As 'ações coletivas em saúde' (ACS) são práticas desenvolvidas por equipes multiprofissionais de saúde, cujo alcance pode até extrapolar o setor saúde, requerendo ações intersetoriais para efetivar a 'atenção à saúde'.

São ações coletivas em saúde

as intervenções que impactam grupos de pessoas de qualquer idade, organizações, instituições ou empresas, mantidas por pessoas físicas ou jurídicas, com ou sem fins lucrativos. O objetivo dessas ações é produzir efeitos preventivos ou de controle, imediato ou mediato, sobre a ocorrência de eventos geradores de agravos à saúde, doença ou morte. Todas as intervenções caracterizadas como uma ação coletiva em saúde devem resultar de processos de planejamento, ter uma intencionalidade conhecida, compartilhada e pactuada pelos envolvidos nas ações e, sobretudo, ter um responsável técnico e administrativo, habilitado e qualificado para responder pela ação em qualquer circunstância e instância. (Narvai e Frazão, 2012, p. 281-282)

A esse respeito, deve-se assinalar que as ACS, aplicadas à saúde bucal (ACSB), não são um procedimento a mais do rol das ações de assistência odontológica, mas correspondem a um tipo de trabalho odontológico – o outro tipo corresponde justamente à assistência. Assim, as ACSB não são assistência odontológica, mas, com ela, efetivam a atenção à saúde bucal. Por essa razão, se diz que todo e qualquer trabalho odontológico não clínico deve ser considerado, para todos os fins, como uma ACSB, e, portanto, é necessário dedicar tempo de trabalho odontológico a seu planejamento, organização, execução e avaliação. Nenhuma ACSB deveria ser executada de modo amador, improvisado, concebida sem adequado planejamento, com base na intuição ou qualquer outro argumento desse tipo. Trata-se, bem ao contrário, de reconhecer que ACSB são atividades profissionais, não caridade ou filantropia. Por essa razão, precisam 'entrar na agenda' dos profissionais de odontologia das unidades

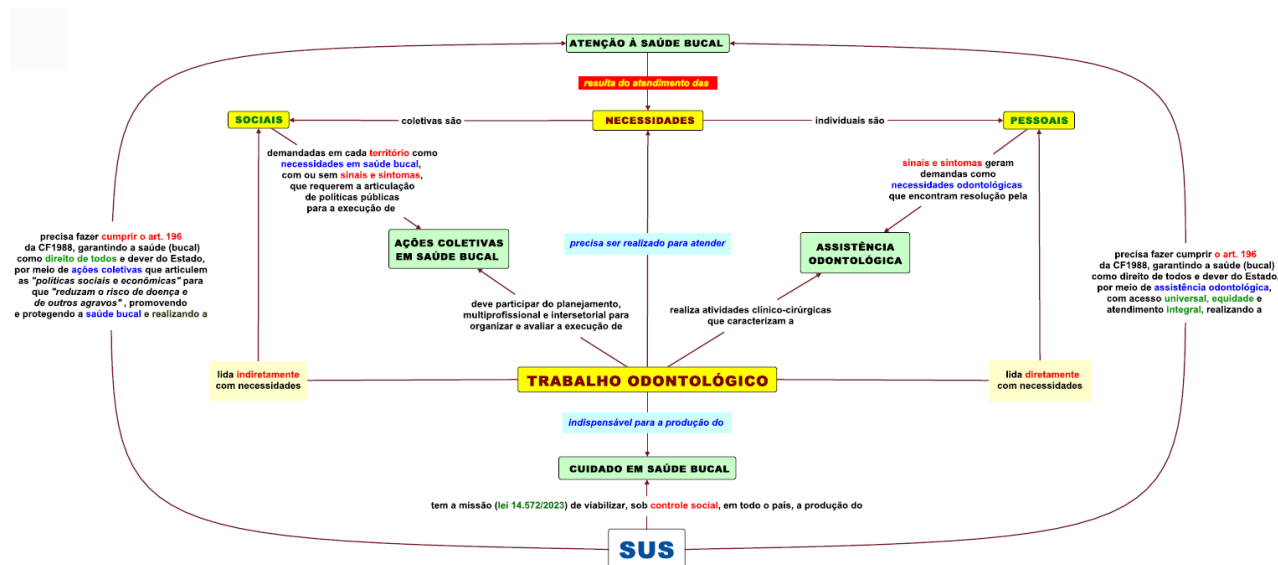
de saúde do SUS, com trabalho compartilhado e integrado ao de outros setores, nas áreas de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde, incluindo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, nutricional e ambiental, dentre outras atividades. Esse ‘entrar na agenda’ implica mudar as rotinas do trabalho odontológico no SUS, de modo a se buscar o equilíbrio entre o trabalho na assistência e nas ACSB, organizando a atenção à saúde bucal em cada território onde o SUS está presente.

Em *Odontologia e saúde bucal coletiva*, Narvai (1994) propôs um uso distinto para os termos ‘assistência’ e ‘atenção’, quando aplicados para caracterizar as práticas de saúde, incluindo obviamente a prática odontológica. Assim, quando se fala em ‘assistência’, se tem como referência um “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não” (Narvai, 1984, p. 68). Por sua vez, ao se falar em ‘atenção’, busca-se expressar o “conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, e requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença” (Narvai, 1984, p. 69). Assim concebidos, os termos ‘assistência’ e ‘atenção’ correspondem, portanto, a diferentes significados e não devem ser considerados sinônimos, uma vez que têm como significantes objetos e processos diferentes, uma vez que a assistência está contida na atenção, mas o inverso não ocorre, pois a assistência é impotente, por suas características, para produzir a atenção (Narvai, 2022).

Para que a produção do cuidado odontológico seja, no âmbito do SUS, equivalente ao cuidado em saúde bucal, é preciso ampliar a concepção de cuidado – o que requer ressignificar o trabalho nessa área –, lidando de modo amplo e simultâneo com o conjunto de necessidades, individuais e coletivas, das pessoas. Não basta, portanto, o ‘cuidado odontológico’ nos limites estritos da assistência individual às pessoas, mas é preciso redefinir o âmbito desse trabalho, para que, tomando os diferentes tipos de trabalho odontológico (a assistência e as ACSB) como dimensões distintas do cuidado necessário no SUS, efetive a atenção à saúde, necessária à produção social da saúde bucal. Uma tarefa, aliás, nada fácil, pois requer mudanças profundas nas concepções do que deve ser o trabalho odontológico no SUS, tanto por parte dos profissionais da área como, sobretudo, por parte dos gestores do SUS.

É, portanto, no desenvolvimento – concomitante – de ações de assistência odontológica e de ACSB que o trabalho em saúde bucal no SUS pode efetivar a missão do sistema de produzir atenção à saúde bucal e assim contribuir para a sua produção social (Figura 4).

Figura 4 – Função concomitante da assistência odontológica e das ações coletivas em saúde na resposta integral às necessidades individuais e coletivas em saúde bucal, característica do modelo de atenção da saúde bucal coletiva.



Fonte: elaborado pelo autor.

Pela oportunidade, cabe uma ponderação sobre o termo ‘coletivo’ da expressão ação ‘coletiva’ em saúde. É comum que, no senso comum, as pessoas leigas, e mesmo profissionais de saúde, deem ao termo a conotação vigente nas ciências políticas, em que se considera que há uma ação coletiva se algum ato é protagonizado por certo número de pessoas que agem, motivadas por alguma razão. Mas não é assim com uma ACS, pois o termo ‘coletivo’ não se refere, no contexto sanitário, ao sujeito que produz a ação. Decerto que na ação pode estar envolvido um grupo de profissionais de saúde, ou seja, uma equipe de saúde, tanto no planejamento quanto em sua execução. Mas o ‘coletivo’ da expressão se refere ao objetivo finalístico da ação, ainda que a ação seja executada por apenas um profissional de saúde, ou uma equipe restrita, como por exemplo uma dupla, ou um trio. É, portanto, o objetivo finalístico da ACS (grupos de pessoas de qualquer idade, organizações, instituições ou empresas, dentre outros) o que a orienta e dá sentido a ela, no contexto da prática de saúde. O documento *Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da lei n. 14.572/23* (Brasil, 2023) lista as dez diretrizes que a LSB-SUS identifica para a missão de “orientar as ações direcionadas à produção social da saúde bucal”. Dessas dez diretrizes, sete se referem às ACSB, conforme conceituada neste artigo; outras três dizem respeito, direta ou indiretamente, à assistência odontológica.

Desafios

No evento da CISB/CNS, foram identificados outros três desafios que, por persistirem como desafios desde a criação do SUS em 1988, são considerados estratégicos para o trabalho em saúde bucal e cujo enfrentamento nos próximos anos será inevitável, pois se referem à sustentabilidade da PNSB e ao modo como essa política deve lidar com necessidades individuais e coletivas em saúde bucal: o financiamento das ações; a mudança do modelo de atenção; e a mudança do sujeito do processo de trabalho odontológico.

Financiamento das ações

Ao definir um rumo para o trabalho em saúde bucal no SUS, a PNSB o viabiliza e organiza. Mas o desafio do financiamento do SUS, um sistema universal de saúde cronicamente subfinanciado, impacta fortemente todas as políticas públicas de saúde e, como não poderia ser diferente, também a PNSB. Esse impacto gera, cotidianamente, importantes alertas aos gestores de todos os níveis do SUS quanto à sustentabilidade das ações que compõem a PNSB.

Por essa razão, o tema do financiamento das ações e dos programas de saúde bucal no SUS esteve na pauta das três CNSB realizadas até o momento. Na 1ª CNSB, realizada em Brasília em 1986, os delegados afirmaram que “o modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população” e apresenta “altos custos”. Além disso, denunciaram a “influência negativa de políticas ‘clientelísticas’ nos serviços públicos”, assinalando que o Estado brasileiro deve assumir, “na prática, que proporcionar saúde é seu dever”, pois se trata de exercer um “direito básico de cidadania”, não sendo suficiente apenas a “sua simples formalização no texto constitucional” e, portanto, em normas infraconstitucionais (Brasil, 1986).

Na 2ª CNSB, que ocorreu em 1993, os delegados reconheceram que o trabalho em saúde bucal no SUS se ressentia da “falta de financiamento compatível com a proposta do SUS e a dignidade humana, entre outras questões não menos importantes”, e apresentaram um elenco de medidas para “superar as dificuldades no campo do financiamento”, dentre as quais, sempre sob fiscalização e controle de conselhos de saúde:

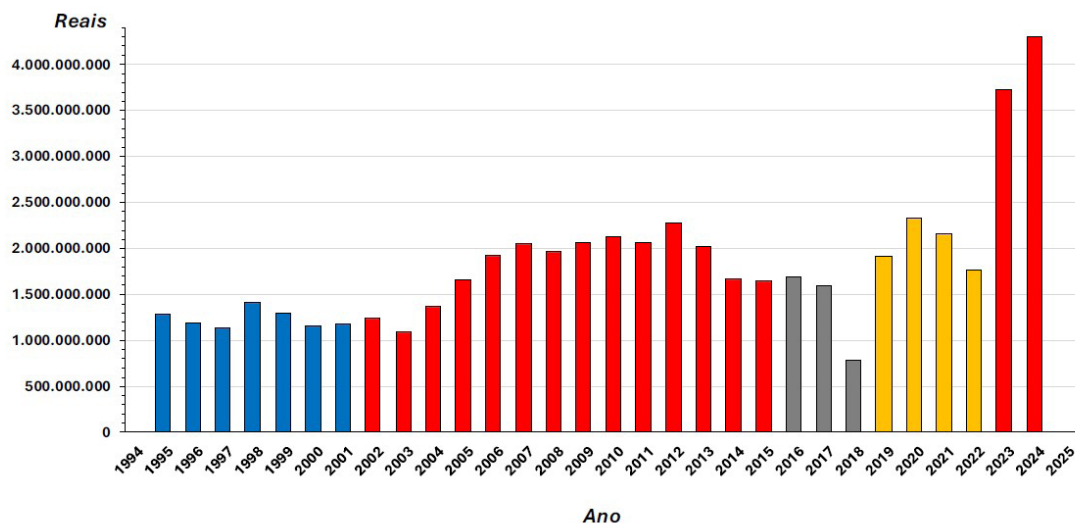
identificar com clareza e transparência os recursos para a saúde bucal nos orçamentos do SUS, no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios; destinar recursos prioritariamente para os programas locais estruturados em bases epidemiológicas e de cobertura clínico-preventivas definidas; suspender gradualmente os recursos destinados ao setor privado, direcionando sua aplicação à ampliação, melhoria e aparelhamento dos serviços públicos; estabelecer orçamento, suficiente e adequado, às necessidades apontadas por levantamentos epidemiológicos, com definição clara e igualmente criteriosa de percentual a ser direcionado para a saúde bucal. (Brasil, 1993)

Também na 3ª CNSB, realizada em 2004, as questões relacionadas ao financiamento da PNSB foram objeto de várias proposições pelos delegados, dentre as quais:

destinar 1% dos impostos arrecadados pelo poder público das indústrias do açúcar para campanhas de prevenção e recuperação das doenças causadas pelo uso do açúcar; fazer o controle do orçamento, por meio dos conselhos de saúde e ministério público, mediante definição, fiscalização e acompanhamento da execução das verbas públicas nas três esferas do governo; aperfeiçoar os instrumentos de informação e garantir a divulgação, nas três esferas de governo, da política de financiamento, do volume de recursos, gastos e investimentos na saúde, com linguagem acessível para a população; garantir transparência e fiscalização na transferência e gestão dos recursos de saúde bucal; redefinir, garantir e ampliar os recursos para as três esferas do governo para saúde bucal; coibir a interferência político-partidária, mediante a instituição de instrumentos legais e mecanismos técnico-administrativos transparentes; assegurar que as coordenações de saúde bucal, em cada esfera, tenham conhecimento pleno da totalidade das verbas para a saúde bucal; proibir a terceirização da saúde bucal financiada pelo SUS; garantir, nas três esferas de governo, mínimos per capita para saúde bucal. (Brasil, 2005)

Na Figura 5, mostra-se a evolução da participação federal no financiamento da PNSB, com aumento significativo no período 2003-2012, com gradativa ampliação desde que a PNSB foi lançada, ainda como programa 'Brasil Sorridente', em 2003. Observa-se declínio nesse financiamento no período de 2016 a 2022. Em 2019, o valor investido em saúde bucal regrediu ao registrado em 2007. O ano de 2018 corresponde àquele em que mais recursos federais foram retirados da PNSB. A retomada do investimento federal ocorreu a partir de 2022, com 2024 registrando o valor que corresponde ao maior investimento feito desde que o SUS foi regulamentado, pela lei n. 8.080/90. O desafio do financiamento se apresenta em vários aspectos, mas a manutenção da participação federal exerce papel decisivo nesse item.

Figura 5 – Transferências federais (*) para investimento e custeio de ações de saúde bucal no SUS () no período 1995-2023.**



(*) Fundo a fundo, em Reais. Mês-base: abril de 2025.

(**) Valores nominais corrigidos pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna para os anos 1995 a 2013 e Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo para os anos 2014 a 2025.

Fonte: elaborado pelo autor com base em dados disponibilizados publicamente pelo Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento, do governo federal.

Mudança do modelo de atenção

A gradativa inserção das ações de saúde bucal no SUS, resultantes de pressões sociais e de entidades sindicais, sobretudo após a realização da 2ª CNSB, em 1993, possibilitaram implementar mudanças importantes no modelo caracterizado em 1986, pela 1ª CNSB, como ineficaz e ineficiente, “sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador” (Narvai e Frazão, 2008b). Uma dessas mudanças vem se dando em sintonia com a indicação de que sejam “assegurados mecanismos de participação e controle popular e dos trabalhadores de saúde no planejamento, decisão, controle e avaliação dos serviços e programas de saúde bucal” (Brasil, 1986).

A trajetória institucional do SUS a partir da segunda década do século XXI indica ser cada vez mais difícil assegurar a participação e o controle da população organizada – e dos trabalhadores da saúde bucal – no planejamento, na organização e na avaliação do trabalho em saúde no SUS. Mas a esse desafio não se deveria renunciar, pois conforme assinalado na 2ª CNSB, “a maioria dos profissionais de odontologia que compõem os serviços públicos de saúde em todas as esferas de governo desenvolvem uma prática tradicional em que o modelo privado de atenção é transferido acriticamente para a prática pública” (Brasil, 1993).

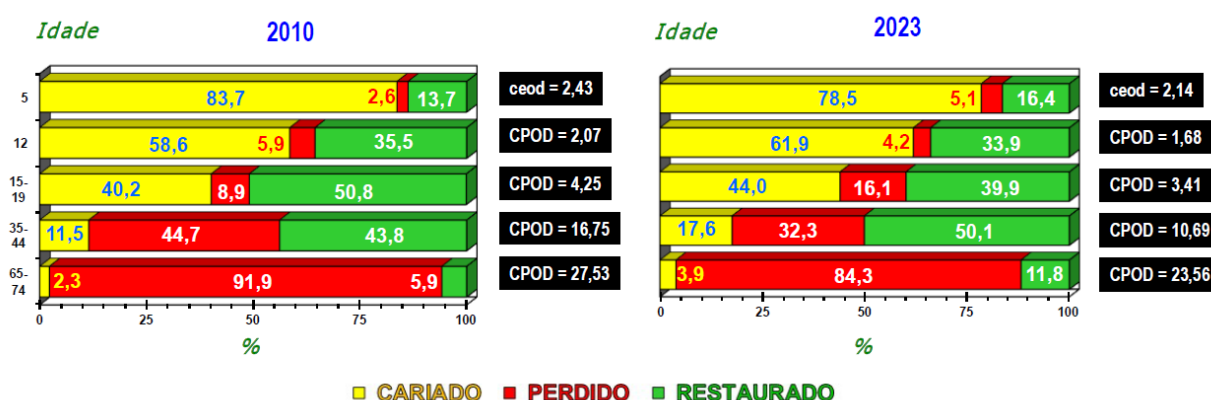
Para os delegados da 2ª CNSB, é preciso criar e desenvolver no âmbito do SUS um “modelo de atenção integral em saúde bucal que leve em conta as necessidades de cada comunidade assistida, de acordo com o perfil epidemiológico de cada grupamento populacional” (Brasil, 1993). Cabe às unidades básicas de saúde (UBS), segundo esses delegados, “a implementação de ações individuais e coletivas em saúde bucal no interior dos espaços sociais (centros comunitários, creches, escolas, fábricas, agrovilas, domicílios e outros)”, com “a assistência odontológica individual, na atenção primária”, assegurando “consulta de urgência a toda população e a consulta programada para a realização de procedimentos preventivos e cirúrgico-restauradores a grupos sociais definidos segundo cada realidade local” (Brasil, 1993).

Essa perspectiva para o modelo de atenção, apontada nas duas primeiras conferências nacionais de saúde bucal, foi reiterada na 3ª CNSB, em cujo relatório final se diz que o modelo de atenção em saúde bucal para o SUS deve

buscar respostas para enfrentar as atuais necessidades de saúde, levando também em consideração os problemas futuros agravados pela contínua transição demográfica, epidemiológica e pelas evidências que apontam para uma sociedade mais violenta, com mais idosos e menos jovens (Brasil, 2005).

Impõe-se, portanto, a necessidade de “reverter o atual modelo (cirúrgico, restaurador, ineficiente, monopolizador, de tecnologia densa, de alto custo e elitista) em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal, que leve em conta as necessidades de cada comunidade” (Brasil, 2005).

Não obstante tais ponderações, o que se constata no início da terceira década do século XXI é que as práticas de saúde bucal no SUS não vêm sendo efetivas para reverter significativamente a mutilação dentária, uma característica predominante no modelo de atenção à saúde bucal (Figura 6).

Figura 6 – Composição percentual dos índices ceod e CPOD aos 5, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos de idade – Brasil, 2010 e 2023.

A sigla 'CPOD' corresponde ao número médio dentes permanentes cariados, extraídos e restaurados.
 A sigla 'ceod' corresponde ao número médio de dentes deciduos cariados, com extração indicada e restaurados.

Fonte: Brasil, 2012, 2025.

Mudança do processo de trabalho

Os processos de trabalho em saúde bucal, mesmo no SUS, seguem monopolizados pelos profissionais de nível universitário, pois os cirurgiões-dentistas (CD) aparecem na maioria das vezes como sujeitos exclusivos desses processos, contrariando reiteradas recomendações de especialistas em gestão da saúde sobre a inadequação dessa situação (Frazão e Narvai, 2011).

Nas três conferências nacionais de saúde bucal, aprovaram-se propostas com vistas à composição de equipes de saúde bucal (ESB) e que, sempre sob coordenação e responsabilidade técnico-científica de CD, tais equipes fossem assumindo o protagonismo, como um novo sujeito nos processos de trabalho da área.

Um avanço importante na perspectiva da mudança de processos de trabalho em saúde bucal ocorreu em 2008, com a sanção presidencial da lei n. 11.889, após vários anos de embates e debates sobre o tema (Frazão e Narvai, 2011). Porém, a aprovação da regulamentação do exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e de auxiliar de saúde bucal (ASB) não foi suficiente para dissipar temores e inseguranças de muitos cirurgiões-dentistas, resistentes a compartilhar processos de trabalho em saúde bucal com outros membros de uma ESB (Esposti et al., 2012). Na terceira década do século XXI, na maioria dos municípios não operam, efetivamente, ESB, mas simulacros de equipes, caracterizando-se o que se convencionou denominar de trabalho auxiliado – o que não pode ser confundido com o trabalho de uma ESB.

Ouro aspecto relevante diz respeito ao conceito de equipe de saúde bucal, que se refere única e exclusivamente ao sujeito do processo de trabalho odontológico, não correspondendo a “mais um tipo de equipe de saúde”, como frequentemente se observa na interpretação restrita e meramente gerencialista de vários gestores do SUS (Carnut e Narvai, 2016). Ao contrário, a ESB é parte integrante e inseparável da equipe multiprofissional de qualquer unidade de saúde, independentemente do nível de atenção – da mesma forma em relação às equipes de saúde da família, nas quais a participação da saúde bucal se dá, idealmente, pela ESB, e não apenas pela presença de um CD, TSB ou ASB atuando isoladamente. De modo similar ao conjunto das ações de saúde bucal, que não devem ser consideradas ‘programas’ específicos, mas ações que se inserem transversalmente (‘subprogramas’, como também são denominadas tais ações) em programas de saúde, também as ESBs se inserem de modo integrado nas equipes de saúde, e não como algo à parte.

Em decorrência, é enorme o desafio de se produzirem mudanças nos processos de trabalho em saúde bucal, pois a própria noção do que é ‘trabalho odontológico’ requer sua ressignificação, por parte tanto de membros das ESB quanto de gestores do SUS (Faccin, Sebold e Carcereri, 2010). Tais dificuldades vêm sendo indicadas nas conferências

nacionais de saúde bucal e em fóruns atinentes ao trabalho odontológico, como a necessidade, dentre outros aspectos, de políticas de formação e de educação permanente em saúde bucal, envolvendo os membros das ESB.

Entende-se que essas ações devem contemplar o

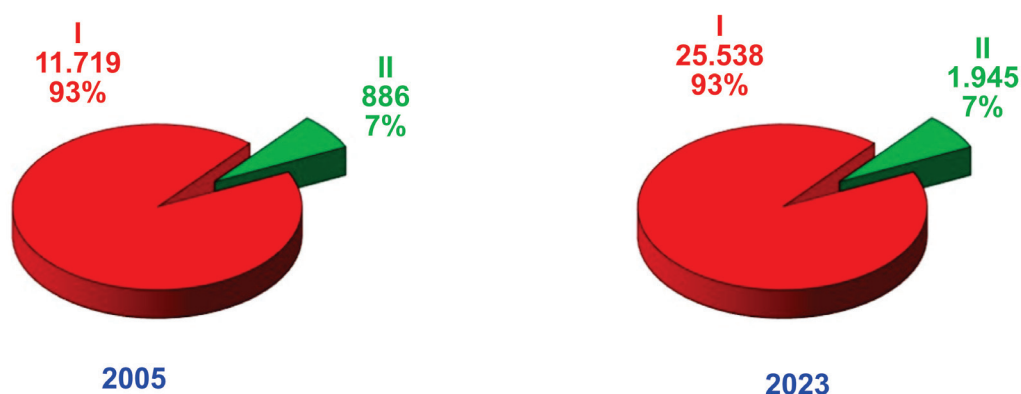
estímulo ao trabalho em tempo integral e à dedicação exclusiva; a garantia da isonomia salarial, por nível de formação, entre os serviços do SUS nas diversas esferas de governo; a manutenção da estabilidade funcional, nos termos da Constituição Federal de 1988; a criação de sistemas de avaliação de desempenho de funções, que seja previsto no Plano de Cargos, Carreiras e Salários, com mecanismos claros de ascensão funcional por mérito, dedicação e competência, com a supervisão do Conselho de Saúde e de uma Comissão de Representantes dos Servidores. (Brasil, 1993)

Para esse fim, deve-se

levar em conta os pressupostos da organização dos serviços do SUS, que implicam o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários, a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população, a integralidade na atenção, considerando as diversidades raciais, étnicas e culturais, o aumento da resolutividade e a democratização, com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão, de modo a que a estratégia da hierarquização e regionalização possa conformar redes de serviços, descentralizando e melhorando a gestão pública com adequação às realidades locais, bem como o desenvolvimento de políticas de auditorias permanentes nas unidades e serviços de saúde. (Brasil, 1993)

Um indicador que sumariza as dificuldades relacionadas ao desafio de mudar processos de trabalho se refere às modalidades de ESB no SUS em 2005 e em 2023, observando-se que a porcentagem de ESB modalidade II (com a presença do TSB na equipe de saúde bucal) se manteve praticamente inalterada, registrando apenas 7% nesse período de aproximadamente duas décadas (Figura 7). O que diferencia, essencialmente, as ESBs modalidades I e II é a presença do técnico em saúde bucal. O TSB está presente na modalidade II e ausente da modalidade I. Essa presença, ou a falta dela, é um reconhecido indicador do sentido dado ao conjunto das ações da PNSB em cada território, sendo que a presença do TSB corresponde a uma aproximação ao modelo de atenção à saúde bucal preconizado para o SUS (Amorim et al., 2021). Frequentemente, o termo ‘invisibilidade’ é utilizado para mencionar as dificuldades da incorporação do TSB à ESB, o que a constitui efetivamente em uma equipe (Scherer et al., 2018).

Figura 7 – Modalidades de equipes de saúde bucal I e II no SUS em 2005 e 2023.



Fonte: elaborado pelo autor, com base em dados disponibilizados publicamente pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde para 2005 e 2023.

Perspectivas

As perspectivas do trabalho em saúde bucal no SUS vinculam-se estreitamente aos rumos que a PNSB tomar em cada território (Baldani et al., 2018). Consideram-se estratégicas as decisões tomadas pela administração pública, sobretudo nos níveis federal e municipal de gestão dessa política pública. Nesse aspecto, assumem relevância o aprofundamento na mudança do modelo de atenção à saúde bucal, a ampliação do financiamento da PNSB e a sustentabilidade econômica do modelo de atenção à saúde bucal. São também relevantes a justa remuneração dos profissionais das ESB do SUS, a busca permanente de universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde bucal, a disposição política para barrar a privatização da PNSB e do próprio Sistema Único de Saúde, pois se a legislação brasileira permite que o SUS contrate serviços produzidos por prestadores privados em caráter complementar, não permite privatizar as decisões sobre políticas públicas, nem sua gestão. Manter sob controle público a gestão da política pública de saúde bucal é, portanto, um requisito legal.

Outro aspecto estratégico relacionado com as perspectivas do trabalho em saúde bucal no SUS diz respeito às coordenações da PNSB em todos os entes federativos. Não basta que os profissionais incumbidos dessa missão sejam da área de saúde bucal, ou que entendam de odontologia; é indispensável que tenham formação em saúde pública e entendam de saúde bucal coletiva, pois a questão da sustentabilidade da PNSB terá relevância crescente a médio e longo prazos, não permitindo erros que a inviabilizem, sejam decorrentes de interesses meramente corporativos, sejam por dificuldades derivadas da complexidade inerente à sua gestão como política pública.

Nota

¹ Original em inglês: “Oral health means more than good teeth; it is integral to general health and essential for well-being. It implies being free of chronic orofacial pain, oral and pharyngeal (throat) cancer, oral tissue lesions, birth defects such as cleft lip and palate, and other diseases and disorders that affect the oral, dental and craniofacial tissues, collectively known as the craniofacial complex. The craniofacial complex allows us to speak, smile, kiss, touch, smell, taste, chew, swallow, and to cry out in pain. It provides protection against microbial infections and environmental threats. Oral diseases restrict activities in school, at work and at home causing millions of school and work hours to be lost each year the world over. Moreover, the psycho-social impact of these diseases often significantly diminishes quality of life.”

Informações do artigo

Financiamento

A produção deste estudo não contou com auxílios financeiros, diretos ou indiretos.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Apresentação prévia

Este artigo resulta de uma apresentação feita pelo autor em reunião da Comissão Intersectorial de Saúde Bucal (CISB) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília, em 5 de junho de 2025.

Declaração de disponibilidade de dados

Todos os dados utilizados neste artigo estão disponíveis publicamente em sistemas de informação, conforme indicado no corpo do texto.

Processo de avaliação

Revisão por pares duplo-cega (*double blind peer review*).

Avaliadores

Dois pareceristas *ad hoc* avaliaram este artigo e não autorizaram a divulgação dos seus nomes.

Editora científica

Bárbara Bulhões
<https://orcid.org/0000-0001-6462-0012>

Referências

- AMORIM, Leonardo P. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ctpYbdTcVSrtk6kV9DcRJ4F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.
- AUSUBEL, David P.; NOVAK, Joseph D.; HANESIAN, Helen. *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. 2. ed. Ciudad de Mexico: Trillas, 1983.
- BALDANI, Márcia H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 145-162, 2018. Número Especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S110>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gzfRgqRgTrvj96XfdkVxLkp/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. 1986. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-1a-conferencia-nacional-de-saude-bucal/view>. Acesso em: 12 jun. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. 1993. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-2a-conferencia-nacional-de-saude-bucal/view>. Acesso em: 12 jun. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-da-3a-conferencia-nacional-de-saude-bucal/view>. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 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. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. *Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da lei n. 14.572/23*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_acoes.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. *SB Brasil 2023: pesquisa nacional de saúde bucal: relatório final*. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fY4tKrkdBSJGrsV7mr3C5Xh/?format=html&lang=pt/>. Acesso em: 12 jun. 2026.

CHAVES, Mário. *Odontologia sanitária*. Washington: OPAS, 1962.

ESPOSTI, Carolina D. D. *et al.* O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 372-385, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fBNdKxq5ZWQSM6tFj8dYLw/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1.643-1.652, 2010. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700076>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LStHdDYsSp7HGXVGgBxTjh/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.

FRAZÃO, Paulo; NARVAI, Paulo C. Lei n. 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 109-123, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zMbTQFtSrKTrq5PvXDys3CF/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

NARVAI, Paulo C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, Paulo C. Saúde bucal coletiva: um conceito. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 47-52, 2001. Disponível em: https://www.academia.edu/30130470/Sa%C3%BAde_bucal_coletiva_um_conceito. Acesso em: 12 jun. 2026.

NARVAI, Paulo C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 141-147, 2006a. Número Especial. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5ZTf3MZfTwYKzhMftdhQh7B/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.

NARVAI, Paulo C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-21, 2006b. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DMLqvdLj7ftbzBrBrG6hTKj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.

NARVAI, Paulo C. *SUS: uma reforma revolucionária*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NARVAI, Paulo C.; FRAZÃO, Paulo. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: KRIGER, Leo; MOYSÉS, Samuel J. (org.). *Saúde bucal das famílias*. São Paulo: Artes Médicas, 2008a. p. 1-20.

NARVAI, Paulo C.; FRAZÃO, Paulo. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ty266/pdf/narvai-9788575413630.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2026.

NARVAI, Paulo C.; FRAZÃO, Paulo. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, Aristides A.; CESAR, Chester L. G.; RIBEIRO, Helena (org.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 307-335.

NOVAK, Joseph D. Concept mapping: a useful tool for science education. *Journal of Research in Science Teaching*, New York, v. 27, n. 10, p. 937-949, 1990. <https://doi.org/10.1002/tea.3660271003>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/tea.3660271003>. Acesso em: 12 jun. 2026.

PETERSEN, Poul E. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Hoboken, v. 31, p. 3-23, 2003. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15015736/>. Acesso em: 12 jun. 2026.

SCHERER, Charleni I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 233-246, 2018. Número Especial 2. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBjpS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2026.