

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL  
MESTRADO**

**Lorrayne Coque Fonseca**

**DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL: ÊNFASE NA  
REGULAMENTAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**VITÓRIA, ES  
2023**

**Lorrayne Coque Fonseca**

**DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA ODONTOLÓGIA NO BRASIL: ÊNFASE NA  
REGULAMENTAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

**Orientador:** Prof. Cesar Albenes de Mendonça Cruz

**Área de concentração:** Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

**VITÓRIA, ES  
2023**

**Lorrayne Coque Fonseca**

**DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL: ÊNFASE NA  
REGULAMENTAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

---

**Dr. César Albenes de Mendonça Cruz**  
Docente Emescam / Orientador

---

**Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame**  
Docente Emescam  
Avaliadora Interna

---

**Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos**  
Docente UFAC (Universidade Federal do Acre)  
Avaliador Externo

## Lorrayne Coque Fonseca

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

F676d Fonseca, Lorrayne Coque  
Desenvolvimento histórico da Odontologia no Brasil : ênfase  
na regulamentação e políticas públicas / Lorrayne Coque  
Fonseca. - 2023.  
130 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Albenes de Mendonça Cruz.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Política pública de saúde. 2. Odontologia – história – Brasil.  
3. Assistência sanitária. 4. Odontologia – leis e decretos. 5.  
Atenção à saúde. I. Cruz, Cesar Albenes de Mendonça. II. Escola  
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,  
EMESCAM. III. Título.

CDD 617.600981

---

Ó Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim, me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre está do meu lado nos momentos que pensava em desistir. Ele foi minha força, meu sustento para que eu enfrentasse todas as dificuldades.

Agradeço ao meu marido, Guilherme, meu maior incentivador, sempre compreensivo nos meus dias de irritação, que foi meu ombro amigo nos dias que eu achava que não ia conseguir e que foi condescende nos dias que eu era ausente.

Agradeço, em especial, meu pai e minha mãe, que sempre me mostraram que a riqueza maior do ser humano é o amor.

Agradeço aos meus sobrinhos Pedro, Valentina e Antônio que foram a minha fonte de recarga de energia.

Ao meu orientador, professor Dr. César Albenes, pelas relevantes contribuições na construção desta dissertação. Agradeço por todo o aprendizado, sugestões, ensinamentos e paciência, seu apoio foi crucial para que eu chegasse até aqui.

E, de uma forma especial, quero dedicar esse trabalho a minha vizinha Odete, que mesmo nos seus últimos momentos de vida me mostrou como ser forte. Seu sorriso, seu beijinho doce e seu abraço sempre estarão guardados em meu coração. *“Se me abraça apertado, suspira dobrado, que amor sem fim...”*

Enquanto Deus for meu chã, não há quem me derrube!  
Autor desconhecido

## RESUMO

A odontologia é uma ciência antiga, que há séculos busca promover a saúde bucal e os cuidados com os dentes na humanidade, seu processo de transformação envolveu mudanças que demandaram muito tempo para sua construção. O objetivo desse presente estudo é analisar o contexto histórico da Política Nacional de Saúde Bucal, com relação à melhoria da condição de saúde bucal dos brasileiros. Consequentemente, tentaremos compreender melhor a identidade da profissão, com uma perspectiva histórica na construção da odontologia vinculada à Política Pública de Saúde Bucal e sua regulamentação. A metodologia consiste em uma busca para coletar informações relevantes com análises críticas da literatura, através de períodos históricos no Brasil em artigos científicos nas bases do SciELO, PubMed, Bireme, Fiocruz, capítulos de livros e livros, com uma abordagem qualitativa. Como resultado obtêm-se que com a inserção dos cirurgiões-dentistas no SUS (Sistema Único de Saúde) e a implantação da PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal), ocorreu um significativo declínio de cárie dentária, que é associado a melhor qualidade de vida, a melhor distribuição e informação à população e ao maior acesso dos usuários aos consultórios odontológicos. Contudo, nos anos de 2016 a 2018 o Brasil veio sofrendo instabilidade política-econômica, na qual limitou gastos atingindo diretamente o Programa Brasil Sorridente. Dessa forma a saúde bucal que já se encontrava estagnada, com a chegada da COVID-19 desecadeou um retrocesso nos indicadores da atenção básica e piora nas condições de saúde bucal. Por fim, as considerações finais apontam que inúmeros são os esforços realizados na trajetória de implantação do SUS. As políticas direcionadas para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família permitiram a consolidação das diretrizes do SUS, favorecendo a implementações de Políticas Nacionais de Saúde Bucal que desenvolveram importantes ações de saúde nos territórios. De agora em diante esperamos uma nova fase da odontologia que esta em construção. Com o resultado do SB Brasil 2020 (Saúde Bucal Brasil-2020) e o relançamento do Programa Brasil Sorridente pelo atual governo, prevemos uma melhora na saúde bucal dos brasileiros.

**Palavras-chaves:** Política Pública de Saúde. Assistência Sanitária. Atenção à Saúde. Odontologia e História da Odontologia no Brasil.

## ABSTRACT

Dentistry is an ancient science that has been seeking to promote oral health and dental care in humanity for centuries. Its transformative process involved changes that took a considerable amount of time to develop. The objective of this study is to analyze the historical context of the National Oral Health Policy concerning the improvement of Brazilians' oral health condition. Consequently, we will attempt to better understand the profession's identity, with a historical perspective on the construction of dentistry linked to the Public Oral Health Policy and its regulation. The methodology involves searching for relevant information and critically analyzing the literature through historical periods in Brazil, including scientific articles from databases such as SciELO, PubMed, Bireme, Fiocruz, book chapters, and books, adopting a qualitative approach. The results show that with the inclusion of dentists in the Unified Health System (SUS) and the implementation of the National Oral Health Policy, there was a significant decline in dental caries, which is associated with a better quality of life, improved distribution and information to the population, and greater access to dental clinics for users. However, between 2016 and 2018, Brazil experienced political-economic instability, which limited spending and directly impacted the Brazil Smiling Program. As a result, oral health, which was already stagnant, suffered a setback in basic care indicators and a deterioration in oral health conditions due to the arrival of COVID-19. In conclusion, the final considerations indicate that numerous efforts have been made in the trajectory of implementing SUS. Policies aimed at strengthening the Family Health Strategy allowed the consolidation of SUS guidelines, favoring the implementation of National Oral Health Policies that developed important health actions in the territories. From now on, we hope for a new phase of dentistry that is under construction. With the results of SB Brazil 2020 (Oral Health Brazil) and the relaunch of the Brazil Smiling Program by the current government, we anticipate an improvement in Brazilians' oral health.

**Keywords:** Public Health Policy. Health Care. Delivery of Health Care. Dentistry and History of Dentistry in Brazil.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - CPO-D médio 1986.....	58
Tabela 2 – Porcentual de CPO-D em 1996.....	86
Tabela 3 – Porcentual do CPO-D 2003.....	90
Tabela 4 – Porcentual de CPO-D SB Brasil 2010 .....	104
Tabela 5 –Percentual de CPO-D na idade de 12 anos nos anos .....	107

## LISTA DE SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALAFO	Associação Latino-americana das Faculdades de Odontologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CF88	Constituição Federativa do Brasil de 1988
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Cariado, Perdido, Obturado – Dente
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
ECEO	Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia
ENATESPO	Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Programa de Extensão de Cobertura
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
PIP	Índice de Perda de Inserção Periodontal

PNCCSF	Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa Nacional para Controle da Cárie Dentária
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3 METODOLOGIA PROPOSTA.....</b>	<b>18</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	18
3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA .....	18
3.3 ETAPAS DA PESQUISA .....	19
<b>4 CAPÍTULO I .....</b>	<b>21</b>
4.1 A TRAJETÓRIA DA ODONTOLOGIA.....	21
4.2 ODONTOLOGIA NO BRASIL .....	23
4.3 PRINCÍPIO DA LEGALIZAÇÃO DA PROFISSÃO .....	27
4.4 JUNTA CENTRAL DE HIGIENE PÚBLICA.....	30
<b>5 A NOVA ERA DA ODONTOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
5.1 REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO .....	35
5.2 SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA.....	38
5.3 MODELO INCREMENTAL.....	40
<b>6 CAPÍTULO II .....</b>	<b>43</b>
6.1 CONSTRUINDO O SUS .....	43
6.2 INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL (INAMPS).....	44
6.3 REFORMA SANITÁRIA .....	45
6.4 I SIMPÓSIO NACIONAL DE POLÍTICAS DE SAÚDE .....	47
6.5 VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....	48
6.6 PREV- SAÚDE .....	51
6.7 AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS).....	53

6.8	LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO 1986 .....	55
6.9	VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E SEU DESDOBRAMENTO.....	59
6.10	REFORMA SANITÁRIA .....	62
6.11	SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE (SUDS) .....	64
6.12	1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (CNSB) .....	65
<b>7</b>	<b>A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A DEFINIÇÃO DE UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>70</b>
7.1	CRIAÇÃO DO SUS.....	72
7.2	POLÍTICAS NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	73
<b>8</b>	<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>79</b>
8.1	PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NA DÉCADA DE 90.....	79
8.2	II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	79
<b>9</b>	<b>LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO 96.....</b>	<b>84</b>
9.1	INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	87
9.2	SB - BRASIL 2003.....	88
9.3	BRASIL SORRIDENTE.....	93
9.4	3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL .....	95
9.4.1	<b>Eixo 1- Educação e Construção da Cidadania .....</b>	<b>96</b>
9.4.2	<b>Eixo 2 - Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal.....</b>	<b>97</b>
9.4.3	<b>Eixo 3 - Formação e Trabalho em Saúde Bucal.....</b>	<b>98</b>
9.4.4	<b>Eixo 4 - Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal .....</b>	<b>99</b>
9.5	SB BRASIL 2010 .....	102
9.6	AVALIAÇÃO DOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	106
9.7	FATOS HISTÓRICOS 2013 A 2020.....	109
9.8	SB BRASIL 2020 .....	112
<b>10</b>	<b>O IMPACTO NA SAÚDE BUCAL: COMO SERÁ A PARTIR DE AGORA?.....</b>	<b>114</b>
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>117</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>119</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A história da odontologia é cheia de minúcias, a qual pode-se falar que teve início muito antes do século V, alguns pesquisadores relatam que sua origem data de cerca de 3500 a.C., na Mesopotâmia.

No século XIX, as atividades odontológicas eram predominantes por tarefas manuais voltadas para extração, associando uma função mais cosmética. A odontologia não era considerada uma área específica e sim um suplemento da medicina, sendo uma atividade discriminada por ser exercida manualmente.

O Brasil, a partir da segunda metade do século XX, é marcado por profundas mudanças políticas, ideológicas e sociais, em direção à Saúde. Resultado do processo decorrente da profunda crise do Estado brasileiro ao final dos anos 1970 e início dos 1980, que culminou na transição democrática e na elaboração de uma nova Constituição, promulgada em 1988 (FERNANDES, 2011).

A reforma sanitária trouxe à tona as dificuldades sanitárias da época e abordou os princípios norteadores que basearam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), moldando significativamente o que viria a ser o texto constitucional promulgado em 1988 (FREITAS; QUELUZ, 2020). No Brasil, a promulgação da Constituição em 1988 representou um marco na gestão de saúde, com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

“O processo de descentralização das ações de saúde no Brasil, que deu início na década de 80, tem-se caracterizado por uma redefinição das funções e competências” (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007, p. 1119). Em algumas situações, esses recursos foram acompanhados pela definição e implantação de estratégias estimuladoras de mudanças nos modelos de atenção à saúde voltados para a promoção da saúde, organização da oferta e territorialização.

O modelo de assistência odontológica hegemônico permaneceu até a Constituição

de 1988, era, preponderantemente, de prática privada. A atividade dos cirurgiões-dentistas na saúde pública iniciou de forma tímida, propondo inserir a saúde bucal no SUS por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal, baseado em diretrizes de um sistema universal, equânime e integral (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013). Embora já existissem programas implementados nacionalmente, como o Programa de Prevenção da Cárie e do Câncer de Boca em 1952, e a tentativa de fluoretação das águas de abastecimento público em 1953 (SOBRINHO; MARTELLI, 2019).

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” foi implementada, a fim de inserir o cirurgião-dentista no SUS com o intuito de ampliar o acesso à atenção à saúde bucal, reorganizar a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades (BRASIL, 2004a).

No Brasil, a definição de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o Programa Brasil Sorridente (PBS) foram protagonistas na construção de um novo olhar, focado em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, além da ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS (CRESCENTE; GEHRKE; SANTOS, 2022).

O cenário da nova Política Nacional ilustra a importância da inserção da odontologia no SUS como estratégia de transformação da prática, resultando em avanços, promovendo estímulos para a reorganização do modelo de saúde e buscando a melhoria das condições de saúde bucal da população.

Mattos et al. (2014) apontam como fatores estimuladores da inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o fato de os gestores acreditarem na melhoria da saúde bucal da população através do novo modelo de prevenção e recuperação de saúde.

Crescente, Gehrke e Santos (2022, p. 1182) relatam que, “atualmente, o Brasil é o único país do mundo a ofertar em seu sistema de saúde atenção à saúde bucal para seus habitantes, de forma pública, universal e em diferentes níveis de atenção”. Esta importante medida contribuiu em sobremaneira na melhora dos níveis de cárie, o

Brasil saiu de um CPO-D (Cariado, Perdido, Obturado – Dente) considerado muito alto (6.25), em 1986, atingiu um índice médio (3.6) em 1996, alcançando (2,8) no ano de 2003 e, em 2010, um CPO-D indicador de baixa prevalência (2.07) de doença aos 12 anos. (CRESCENTE; GEHRKE; SANTOS, 2022).

O processo saúde-doença possui íntima relação com as desigualdades sociais. Comportamentos como escovação dos dentes, uso do flúor, consumo de açúcar, intimamente relacionados com a cárie, são socialmente padronizados e são protagonistas nas desigualdades em saúde bucal (CRESCENTE; GEHRKE; SANTOS, 2022).

Segundo Narvai (2011, p. 22),

As condições dentárias são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país.

Historicamente, são muitos os problemas relacionados com a saúde pública brasileira, dentre eles destacam-se os problemas referentes aos serviços de assistência à saúde odontológica (SPEZZIA; CAVALHEIRO, TRINDADE, 2015), tornando como maior desafio o construir um cuidado em saúde bucal coerente com os princípios do SUS.

Ressaltamos que, mesmo com uma significativa ampliação da atenção à saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), existem barreiras como a condição social, econômica e ambiental; nutrição; desigualdade regional; estilo de vida e intervenções médico-sanitárias que privam os brasileiros da odontologia de qualidade.

A saúde oral é o grande dilema da saúde pública, apresentam considerável implicações, como resultado de dor, restrição da função e implicação na qualidade de vida sobre indivíduos e comunidades. Tal adversidade possui tanta extensão que, na maior parte dos

países industrializados, é a quarta doença mais cara a ser tratada. Já em países de baixa renda, quando há tratamento, ele possui custo mais caro em um único dente com cárie do que o orçamento total de assistência médica em crianças (WHO, 2003 apud REZENDE; MELLO, 2022, p. 153).

A criação de políticas e ações para ampliar a consciência da responsabilidade sanitária são necessárias para priorizar as práticas preventivas no serviço, dando resolutividade aos problemas de saúde da população. Levando-se em consideração a questão dos avanços na odontologia e das inúmeras ações que proporcionam a melhoria da saúde bucal da população.

Segundo Scarparo et al. (2015), há necessidade de que a Política Nacional de Saúde Bucal seja pensada de forma regionalizada e esteja articulada com as demais políticas públicas, propiciando o desenvolvimento de ações intersetoriais, a superação das desigualdades sociais e o maior acesso às ações e serviços de saúde de forma integral.

As políticas públicas voltadas para a saúde bucal merecem ser amplamente discutidas e comentadas, na tentativa de se alcançar meios que permitam canalizar recursos orçamentários para o setor, visando amplitude imediata da equidade e universalidade, que são os pontos primordiais para a oferta de saúde e atendimento odontológico na rede pública de saúde.

O conhecimento desta realidade é importante, especialmente para formuladores de políticas de saúde, quando se procura fazer o uso racional dos recursos disponíveis.

Diante disso o que motiva a realização dessa pesquisa é compreender como a construção da Política Nacional de Saúde Bucal auxilia na manutenção da qualidade de saúde da população brasileira, principalmente nas desigualdades regionais?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o contexto histórico da Política Nacional de Saúde Bucal com relação à melhoria da condição de saúde oral dos brasileiros.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a regulamentação da profissão de odontologia e as mudanças na saúde bucal no Brasil;
- Relacionar a construção da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), e como ela resultou na melhoria da qualidade de saúde bucal dos brasileiros;
- Discutir os levantamentos epidemiológicos da saúde bucal, e como estes contribuíram para a elaboração do Programa “Brasil Sorridente”.

### 3 METODOLOGIA PROPOSTA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa, com o objetivo de reunir e sintetizar os resultados de publicações científicas relacionadas a cronologia da saúde bucal, para melhor entender a construção da Política Nacional de Saúde Bucal.

A revisão integrativa de literatura é uma técnica que tem como intuito fundir resultados alcançados em pesquisas sobre um tema ou questão, de modo sistemático, organizado e abrangente. É denominada integrativa porque proporciona referências mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 103).

#### 3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

Trata-se de projeto de pesquisa como requisito parcial para formação *stricto sensu*, objetivando o título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). A proposta pertence a linha de pesquisa “Políticas de Saúde, Saúde e Desenvolvimento Local”, que reúne elementos referentes aos primórdios da odontologia, como os processos culturais, políticos e seu desenvolvimento. Estuda também as relações Estado-Sociedade no que concerne às políticas públicas da odontologia, as primeiras Conferências Nacionais de Saúde Bucal enquanto respostas do Estado às demandas sociais, e a ação dos atores sociais nas lutas e movimentos por direitos de cidadania. São apresentados os primeiros decretos de leis, as questões sociais de cada período e a mudança da titulação dos barbeiros-sangradores do século V, para os Tiradentes do século XVIII, até chegar no cirurgião-dentista.

Esta é uma pesquisa qualitativa, com o intuito de transparecer a evolução da prática odontológica com foco principal no Brasil, a inserção dos dentistas no mercado de trabalho, a regulamentação do ofício, bem como a consolidação da Odontologia enquanto profissão dentro das políticas pública brasileiras. Iremos analisar também, o contexto histórico da PNSB em relação a melhoria da condição de saúde dos brasileiros na atenção básica. Para isto, realizou-se uma busca digital na internet para coletar informações relevantes, com análises críticas da literatura, através de períodos históricos no Brasil, em artigos científicos nas bases do Scielo, Pubmed, Bireme, Fiocruz, capítulos de livros e livros, com uma abordagem qualitativa. Outras revisões bibliográficas pertinentes ao projeto foram utilizadas como recurso complementar. O tratamento dos dados ocorreu através da análise de conteúdo.

### 3.3 ETAPAS DA PESQUISA

A etapa inicial da pesquisa consistiu em pesquisa bibliográfica nas bases de dados das plataformas Scielo (Scientific Electronic Library online), Pubmed, Bireme e Fiocruz, de modo a identificar o aprofundamento ao tema do desenvolvimento histórico da odontologia no Brasil, dando ênfase na regulamentação e políticas públicas. E também em outras publicações científicas, livros físicos e virtuais, artigos científicos, sites, com a finalidade de historiar o desenvolvimento histórico da odontologia.

A segunda etapa consiste na análise de dados indicadores do processo evolutivo da PNSB no Brasil, cruzando com os dados nacionais, no intuito de mostrar a melhoria das condições de saúde bucal dos brasileiros. Realizou-se análise dos dados coletados para identificar qual foi a melhoria do índice do CPO-D desde o primeiro levantamento epidemiológico até os dias atuais.

Para melhor orientação dos períodos selecionados realizou-se uma cronologia na proposta de destacar os principais fatos ocorridos desde 1215 até o ano de 2020. Esta etapa utilizou como guia de orientação a Linha Cronológica do Brasil Sorridente, publicada pelo Ministério da Saúde no site <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>.

Para melhor busca dos artigos nos sites selecionados foram utilizadas as palavras chaves: Política Pública de Saúde, Assistência Sanitária, Atenção à Saúde, Odontologia e História da Odontologia no Brasil, além dos termos PNBS, inserção do cirurgião dentista na ESF e levantamentos epidemiológicos em saúde bucal.

Foram considerados critérios de inclusão os estudos publicados em língua portuguesa, nas coleções Brasil, disponíveis na íntegra. Foram excluídos os estudos disponíveis somente em resumo, duplicados, de revisão de literatura e que não atendiam aos objetivos da pesquisa.

## 4 CAPÍTULO I

### 4.1 A TRAJETÓRIA DA ODONTOLOGIA

A Odontologia passou por uma longa evolução até chegar a sua fase científica e propiciar à população um atendimento responsável e de qualidade.

Assim como as religiões, o conhecimento e vários outros aspectos da vida, a trajetória da Odontologia, oriunda da Medicina, passou pela fase na qual as tarefas manuais e a função cosmética e terapêutica respondiam pelos processos de cura e de alívio da dor.

Entre as muitas originalidades que marcaram a história do Brasil, chama atenção uma que se refere à saúde bucal: que desde o século XVI, com a formação das capitanias hereditárias no Brasil, até o início do século XXI, a cárie dentária é tida como um problema de saúde pública que mobiliza a maior parte dos esforços e recursos.

Iniciaremos com os primórdios da odontologia no mosteiro de São Bento, onde os então barbeiros é que possuíam, além da função de aparar pelos, o ofício de cirurgiões barbeiros. Graças a habilidade desses, que, em 1534, Cabral pôde trazer, em suas comitivas, mestres especializados nas extrações dentárias.

O objetivo desse estudo será relatar o circuito realizado pelos originários da odontologia no Brasil Colonial, com seu processo evolutivo adquirido aos longos anos de vida. Além de abordar a institucionalização das práticas de formação do Cirurgião-Dentista como uma vertente de produção de sua identidade profissional, a fim de mostrar a trama política em função da transformação sanitária e o processo de institucionalização das profissões.

O presente estudo buscou a aplicação de uma pesquisa histórica de cunho bibliográfico e documental com abordagem na história cultural, através da análise de documentos digitalizados, disponíveis na internet.

Para início dessa trajetória começaremos pelo século V, no mosteiro de São Bento da Núrsia, que foi o precursor da criação das diretrizes de boa vivência dos moradores, tendo como uma das regras o encargo dos monges no cuidado dos enfermos, com a realização de sangrias e até mesmo extrações dentárias, criando espaço para a medicina monástica, associada à prática da virtude da caridade (SANTOS, 2012).

Podemos citar como uma das diretrizes de São Bento:

Antes de tudo e acima de tudo deve tratar-se dos enfermos de modo que se lhes sirva como verdadeiramente ao Cristo, pois Ele disse: "Fui enfermo e visitaste-me" e "Aquilo que fizestes a um destes pequeninos a mim fizestes". Mas que os próprios enfermos considerem que são servidos em honra a Deus e não entristeçam com sua superfluidade aos irmãos que lhes servem. [...]. Portanto, tenha o abade o máximo cuidado para que não sofram nenhuma negligência. Haja uma cela destinada especialmente a estes irmãos enfermos, e um servo temente a Deus, diligente e solícito (RSB, *apud* SANTOS, 2012, p. 48).

No entanto, em 1215, o papa Inocêncio III dirigiu a reforma eclesiástica, onde impedia os clérigos de realizar qualquer intervenção médico-cirúrgicas que tivesse contato com o sangue corporal, ou fazer incisões. Além disso, os religiosos estavam utilizando da prática como uma forma lucrativa, o que violava o voto de pobreza santa. "Os monges devem se ocupar dos doentes e das pessoas fracas, e não fazer mal emprego das esmolas recebidas para esse fim e para construir as enfermarias" (SANTOS, 2012, p. 60).

Por esses e outros fatores, os monges, que antes possuíam a função de cuidar dos enfermos, perderam sua autonomia, já os barbeiros, por sua vez, e que compareciam ao mosteiro diariamente apenas para aparar pelos, ficavam observando os religiosos nas práticas cirúrgicas, tornando-se assim, assistentes de cirurgia. Devido a proibição, os barbeiros assumiram a posição dos monges, tornando-se cirurgiões-barbeiros, os mesmos, por sua vez, passaram a realizar procedimentos no campo médico, como tirar pedras da bexiga, fazer sangrias e, também, extrair dentes.

Após décadas de ensinamento dos monges na Europa e demais países, os cirurgiões barbeiros já atuavam de forma despretensiosa, realizando extrações

dentárias apenas com os poucos ensinamentos que haviam recebido e que iam passando para os familiares próximos, aumentando assim, o número de barbeiros cirurgiões nas regiões.

Ao passar dos anos, foram surgindo, nas grandes cidades, estudiosos que foram revolucionando as práticas da odontologia através da criação de novas técnicas e instrumentos especialmente concebidos para o trato com os dentes. Dentre estes estudiosos destacam-se: o francês Pierre Fauchard (1728), os americanos Chapin A. Harris (1806-1860), e Horace H. Hayden (1769- 1844), fundadores da primeira escola de odontologia (JESUS, 2019.) Segundo Silva e Sales-Peres (2007, p. 8), “a Europa foi considerada o berço da Odontologia, onde surgiram os primeiros relatos desta ciência, a partir do século XVI”.

#### 4.2 ODONTOLOGIA NO BRASIL

Enquanto na Europa a odontologia já estava dando seus primeiros passos, no Brasil ainda era desconhecida. Esta chega com a frota de Pedro Álvares Cabral em 1500 no litoral da Bahia, onde, juntamente com sua tropa, vinha o cirurgião Mestre João. Concomitantemente, os portugueses já traziam da Europa técnicas curativas e de extração dentária (SILVA; SALES-PERES, 2007).

Entre 1534 e 1536, com a criação das capitanias hereditárias, chegaram ao Brasil os mestres cirurgiões, artesãos, barbeiros e os sangradores, dando início aos primeiros núcleos de povoação no Brasil (MARTINS; DIAS; LIMA, 2018).

Os portugueses ficaram surpresos com a boa condição da saúde bucal dos índios, já que era comum em seu país a população ser desdentada. A má condição de saúde oral dos portugueses se deu devido a principal fonte de renda das colônias, a produção de cana-de-açúcar, o que, por sua vez, era consumido em excesso, tanto pelos donos dos engenhos, como era utilizado até para a alimentação de animais, possuindo, como consequência desse hábito, a doença bucal. No Brasil, no entanto, a alimentação dos índios era a base de caça, da pesca, do extrativismo e da agricultura, não havendo em sua dieta a sacarose.

Diferente da Europa onde já existiam os barbeiros, em terra brasileira os Pajés possuíam a arte de ser curandeiros e tratavam das doenças com medicamentos naturais, chás e plantas medicinais.

Narvai (2000, p. 2) cita, em seu artigo “Brasil, 500 anos: País dos banguelas”, que

a chegada dos portugueses causou espanto [...] O escorbuto dilacerava as comissuras labiais e as gengivas. A cárie dentária completava a mutilação dentária e produzia uma boca banguela muito diferente. Havia cárie entre os primeiros habitantes do Brasil, mas a ocorrência não se comparava à observada entre os que chegavam... Não porque a cárie dentária tenha sido ‘transmitida’ pelos portugueses, como o foram outras doenças (a sífilis, por exemplo), mas por causa da cana-de-açúcar que ocupou papel central na economia brasileira durante todo o período colonial.

Com a colonização dos Portugueses em território brasileiro, a instalação de hábitos e a desconhecida alimentação começaram a ocupar o habitat dos nativos, iniciando a transformação cultural, nutricional, econômica e estrutural. Em 1532 foi fundado por Martim Affonso de Souza o primeiro engenho de cana-de-açúcar, em São Vicente, tornando-se a primeira atividade econômica organizada no Brasil (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O crescente mercado de açúcar e o aumento do número da população estrangeira em terras brasileiras fez com que aumentasse, de maneira exorbitante, o número de dentes cariados, sendo necessária a expansão de serviços odontológicos.

Até o século XVII não havia na legislação portuguesa a regularização da prática da arte dentária. Somente alguns barbeiros eram licenciados pelo Regimento do Físico-mor e cirurgião-mor de Portugal pelo El-Rei D. Affonso.

Eles possuíam como responsabilidade fiscalizar as artes físicas e cirúrgicas. Um marco na organização sanitária portuguesa os cirurgiões-mor poderiam representar por seus juizes comissários no Reino e domínios, atribuindo-lhe também a fiscalização das boticas e das atividades do boticário. (CABRAL, 2016, p. 1).

No Brasil, o primeiro documento a normatizar o exercício da arte dentária foi a Carta Régia de Portugal, de 9 de novembro de 1629, que é considerada a primeira legislação da odontologia brasileira; seu objetivo maior era punir a atuação ilegal dos

barbeiros (FERNANDES, 1999).

Em 12 de dezembro de 1631 aconteceu à reforma do regimento Ofício de Cirurgião-mor assinado por Pedro Sanches de Farinha, com o objetivo de visitar e examinar profissionais fora da legislação, comprovação de experiência de dois anos, instituir multa de dois mil reis às pessoas que tirassem dentes sem licença, incluindo dessa forma os barbeiros, sangradores e "pessoas que tirem dentes" (FERNANDES, 1999, s.p.).

Os barbeiros e sangradores, no entanto, são os que adquiriram em sua prática habilidades manuais e que atuavam na cavidade oral, apesar de ambos realizarem procedimentos na boca, possuíam diferentes meios para realização das extrações. Os barbeiros eram pessoas de classe social inferior, e para a sociedade essa prática grosseira e manual era vista sem nenhum tipo de prestígio. Possuíam a função de realizar cortes de cabelos, curativos e operações cirúrgicas pouco importantes, também realizavam extrações dentárias, porque muitos cirurgiões por medo de complicações, não interviam na cavidade oral (SALGADO, 1998).

Esses atuavam de forma informal em casa, na rua ou seguindo a comitiva de circo. Em qualquer que fosse o lugar, eles sempre conseguiam arrumar o seu arsenal para realizar o tão falado espetáculo das extrações dentárias, possuíam habilidades para manipular o boticão e instrumentos cortantes com muita facilidade. Como diz o ditado popular "quem lhe dói o dente, vai à casa do barbeiro".

Os procedimentos realizados na cavidade oral eram de forma brusca e sem pena, não existia a preocupação com a manutenção dos dentes, estética dental ainda era um aspecto desconhecido e, no primeiro sinal de foco de cárie, os dentes eram extraídos.

Os sangradores ou cirurgiões sangradores por sua vez, eram os que possuíam licença pelos cirurgiões-mor, e utilizavam na prática as sanguessugas e ventosas para a retirada do sangue e extração dentária (SALGADO, 1998).

Para a camada mais alta da sociedade, as habilidades manuais dos barbeiros eram vistas com maus olhos, isso porque a intervenção cirúrgica era dolorosa, o que acarretava o afastamento da comunidade das atividades dentárias.

Já os cirurgiões forneciam bebidas alcoólicas para amenizar o sofrimento do paciente, e os amarravam nas cadeiras para que conseguissem extrair os dentes sem anestesia, os instrumentais eram chaves de Garangeot, alavancas e fórceps. A esterilização dos materiais era a base das lamparinas, onde as pontas dos fórceps eram passadas no fogo. Essa forma de tratamento agressiva ocasionava em muitas ocasiões hemorragias, fraturas mandibulares e infecções, chegando, em alguns casos, a óbito.

Talvez por isso, ainda hoje, principalmente em “serviços públicos de saúde, seja tão difícil desviar a comunidade do pensamento extrativista e curativista imediato” (MARTINS; DIAS; LIMA, 2018, p. 87).

Até 1743 a situação legal da odontologia pouco se modificou. No entanto, surge, em 1746, como herói, agitando o cenário político nacional, o líder da Inconfidência Mineira e o "Patrono da Odontologia", Joaquim José da Silva Xavier, conhecido como Tiradentes, que entre os seus múltiplos ofícios também atuava como dentista.

Sua habilidade como barbeiro e a forma rudimentar muito peculiar para época revolucionou a odontologia brasileira. Além de extrair os dentes e fazer usos de plantas medicinais para tratamento, esculpia coroas artificiais em ossos de animais para repor os dentes ausentes. É nessa conjuntura que os praticantes da Odontologia deixam de ser denominados como barbeiros e passam a ser chamados de Tiradentes (FERNANDES ,1999, s.p.).

No dia 17 de junho de 1782, com a fiscalização das colônias portuguesas, ocorre a extinção dos cargos físico-mor e cirurgiã-mor, sendo criada a Real Junta de Protomedicato, que possuía a responsabilidade da concessão de cartas e licenças para as "pessoas que tirassem dentes", formada por 7 deputados, médicos e cirurgiões aprovados, para um período de 3 anos.

Os Tiradentes ficavam sujeitos à fiscalização do Senado da Câmara e das Entidades Pias. Ainda que na prática suas atribuições de cirurgiã-mor já estivessem sendo desempenhadas pelos cargos recém-criados, foi oficialmente extinta somente pelo alvará de 7 de janeiro de 1809 (CABRAL, 2016, s.p.).

### 4.3 PRINCÍPIO DA LEGALIZAÇÃO DA PROFISSÃO

Com o passar da história, somente no século XVIII, no dia 23 de maio de 1800, é que surge, pela primeira vez, o termo Dentista. Pelo Plano de exames proposto pela Real Junta, foi estabelecido que o candidato ao ofício precisava passar por uma avaliação de conhecimento parcial de anatomia, métodos operatórios e terapêuticos. Sendo, a partir de então, o mecanismo burocrático imprescindível para que este se tornasse capacitado a executar a profissão, possibilitando o início da arte dentária como profissão independente no Brasil (MARTINS; DIAS; LIMA, 2018).

A partir do século XVIII, sucederam grandes evoluções na odontologia, sendo uma delas a criação da Escola de Cirurgia no hospital São Jose na Bahia, no dia 18 de fevereiro de 1808, graças a interferência do Doutor José Correa Picanço, cirurgião-mor em nome do Protomedicato. A escola ficaria acomodada no Hospital Real Militar da Bahia, que funcionava no antigo Colégio dos Jesuítas, e sua criação pode ser vista como parte do processo de institucionalização da medicina no Brasil. (CABRAL, 2016, s.p.).

Segundo Fernandes (1999), a criação da escola nada beneficiou os dentistas, tendo como única vantagem a legalização de 11 barbeiros de Salvador. Porém, podemos considerar que a odontologia foi oriunda da medicina, já que as primeiras faculdades de medicina estavam vinculadas a odontologia. Apesar do benefício de a 1ª Escola de Cirurgia não ter sido propícia a evolução da profissão dos Tiradentes, pode se falar que foi através dela que surgiu a primeira faculdade de odontologia em 1925.

Em 07 de outubro de 1809 foi abolida a Real Junta do Protomedicato, voltando a responsabilidade para o cirurgião- mor e físico-mor.

Para obviar este e outros inconvenientes, sou servido abolir e extinguir a sobredita Junta do ProtoMedicato, e ordenar, que os mesmos Physico-Mór e Cirurgião-Mór exercitem a sua competente jurisdição nos Reinos de Portugal e Algarve, por meio de seus Delegados, e pela maneira que se acha decretado no mencionado Alvará de 13 de novembro de 1808 (BRASIL, 1809).

Foi nomeado como Físico-Mor Manoel Vieira da Silva, encarregado para controlar o exercício da Medicina e Farmácia e o Doutor José Corrêa Picanço, nomeado como Cirurgião-Mor, possuindo poderes comparados com o Físico-Mor, porém, controlava as atividades dos sangradores, dentistas e parteiras (TOSTES, 2012).

A primeira carta de dentista no País foi enviada em 15 de fevereiro de 1811, nomeada a Pedro Martins de Moura, português, esta Carta o dava autorização expressamente a tirar dentes, não citava cirurgias, próteses, curativos ou medicações. Em junho de 1811, Sebastião Fernandes de Oliveira, nascido na Vila de Vitória, Espírito Santo, foi o primeiro dentista brasileiro a receber a carta de autorização (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1820, o Doutor Picanço concedeu ao francês Doutor Eugênio Frederico Guertin, formado pela Faculdade de Odontologia de Paris, a primeira "carta" para exercer sua profissão no Brasil. Recebendo permissão para extrair dentes, praticar todas as operações na cavidade oral, fazer curativos, colocar coroas metálicas, obturar dentes com ouro ou chumbo e fazer limpeza dentária. Além do mais, publicou, em 1829, a primeira obra de odontologia feita no Brasil: 'Avisos Tendentes à Conservação dos Dentes e sua Substituição' (ROSENTHAL, 1995).

Para conservar os dentes, o mais tempo possível, he preciso cuidar delles desde a idade de 8 annos; a esta época basta todas as manhãs passar sobre elles huma esponja, e lavar depois a boca com agua fresca, na qual se podem lançar algumas gotas de hum licor buccal; o que se continuará até aos 12 annos: então convém de em lugar da esponja, fazer uso de huma escova (GUERTIN, 1829, p. 1).

Guertin já falava em seu livro da importância da higienização após a alimentação, a visita ao dentista de 6 em 6 meses, principalmente as crianças, usos de dentifrício de duas a três vezes na semana, e aconselhava a não quebrar ossos com os dentes, já que podem causar danos (GUERTIN, 1829). Iniciou a conscientização popular para cuidado da prevenção com a higiene oral, responsável por fazer a limpeza e aumentar a proteção e a durabilidade dos dentes, diminuindo, consideravelmente, a incidência de cáries, tártaros, perda dentária e gengivite.

Com o começo do uso do éter e do clorofórmio, no ano de 1840, a anestesia iniciou no Brasil. E foi realizada pela primeira vez pelo Dr. Roberto Jorge Haddock Lobo, nascido em Portugal, e foi aplicada em um estudante da Escola de Medicina do Rio de Janeiro, Francisco d'Assis Paes Leme, com intenção apenas experimental, em 20 de maio de 1847 (REIS, 2006).

Após 80 anos da primeira escola de medicina, em 1880 a odontologia deu seus primeiros passos para o progresso da formação dos profissionais da área, pelo Visconde de Sáboia, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo ele incumbido de implementar a modernização do ensino científico e realizar a reforma nas escolas de medicina.

Pelo Decreto nº 8024, de 12 de março de 1881, os Cirurgiões Dentistas que quisessem se formar pelas escolas de Medicina, teriam que passar por duas séries de exames prestados diante de uma banca composta por três professores do Curso de Medicina. Sendo as séries uma em anatomia, fisiologia, histologia e higiene e a outra em suas aplicações de próteses dentárias (ROSENTHAL, 1995; JESUS, 2019).

O ensino odontológico foi oficialmente instituído no país no dia 25 de outubro de 1884, pelo Decreto nº 9311, sendo decretado o fim dos exames de habilitação exigidos para aqueles que desejavam se formar em odontologia, e a institucionalização dos cursos de Odontologia anexos às faculdades de Medicina. Iniciando assim a luta pela conquista do monopólio da intervenção na área bucal pelos diplomados.

Art. 8º O Curso de odontologia constará das seguintes matérias. 1ª - Physica elementar. 2ª - Chimica mineral elementar 3ª - Anatomia descriptiva e topographica da cabeça. 4ª - Histologia dentaria. 5ª - Physiologia dentaria. 6ª - Pathologia dentaria e hygiene da boca. 7ª - Therapeutica dentaria. 8ª - Cirurgia e prothese dentaria (BRASIL, 1884).

Segundo Pereira (2012), os habilitados pelo Curso de Odontologia agregados às faculdades de medicina recebiam o título de dentistas, porém, a coroa portuguesa não autorizava a assinatura dos diplomas, já que ela não reconhecia os diplomas de nível superior expedidos nas colônias.

O curso de odontologia só passa a ser regular depois da Proclamação da República, após 1893, com a Reforma do regulamento das Faculdades de Medicina, passou a existir a colação de grau e o juramento feito em público, exigindo-se assim, a assinatura do dentista em seu diploma (JESUS, 2017).

A separação do curso de odontologia vinculado a medicina aconteceu em 1911, com

marcantes mudanças que envolviam a regulação das práticas de cura no Brasil. Essas mudanças estão vinculadas ao movimento sanitário que acontecia no Brasil pela Junta Central de Higiene Pública em 1850. Afetando, sobretudo, a necessidade de regular as práticas dentárias e o ensino da odontologia no Brasil, esse fato foi um importante papel na transformação da identidade profissional.

#### 4.4 JUNTA CENTRAL DE HIGIENE PÚBLICA

Em 1850 é formada a Junta Central de Higiene Pública, que possuía por atribuição propor o que fosse necessário nas ações de higienização, como salubridade nas cidades, inserindo a sociedade num ideal de higiene, mesmo que fossem necessárias medidas opressivas.,

Possuíam também como objetivo indicar medidas que se convertessem em posturas municipais, exercendo visitas de inspeções de saúde em qualquer lugar que pudesse provocar danos à saúde pública, principalmente nos Portos, visto que era a partir desse espaço urbano a principal porta de entrada e saída, tanto de mercadorias quanto de pessoas.

A Junta de Higiene Pública apresentou um importante papel na transformação da arte de ofício, exercendo a separação das faculdades de odontologia vinculadas a medicina e na regulamentação da profissão, isso devido ao desenvolvimento populacional que, conseqüentemente, aumentou o número de profissionais irregulares atuando na prática de saúde. Ocorrendo assim, a necessidade de um maior controle no sistema de fiscalização, vindo-se na obrigação de regularizar as práticas de cura no país.

De acordo com Warmling e Marzola e Botazzo (2012, p. 184):

O dentista só apareceu nos textos das políticas, com a publicação do regulamento da Junta de Higiene Pública, em 1851, mais especificamente com os novos regulamentos para o ensino médico ditados pelo decreto de 1856, pelo qual se instituiu a obrigatoriedade do exame na faculdade de medicina para o exercício da prática dentária e, portanto, para a regulação da profissão de dentista.

As transformações educacionais estão vinculadas a melhoria da qualidade de vida

dos cidadãos e, para que isso aconteça, primeiro teria que haver mudança na arte de cura e na identidade profissional. Os médicos formados já não queriam exercer o papel de dentista, já que para isso teriam que passar pelos exames regulatórios para o exercício da prática dentária. Essas condições permitiram a emergência da prática dentária em separado da prática médica (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

A transformação da odontologia em uma ciência agregou à profissão mais credibilidade e respeito, e é a partir da institucionalização do curso de odontologia que o dentista começa a ser desmitificado (JESUS, 2019).

## 5 A NOVA ERA DA ODONTOLOGIA

A chegada do século XX originou uma nova era da profissão, que se caracterizou com a profissionalização dos dentistas, regulamentação dos odontólogos e a odontologia sanitária.

Desse modo, deu-se início a modificação na estratégia de saúde bucal que antes era extrativista e mutiladora, e agora passa a ser curativa com as novas bases científicas, voltadas para o modelo assistencial. Dessa forma, a odontologia passa a conhecer mais profundamente as doenças bucais, e busca o modelo social e preventivo, visando uma maior preocupação com a administração e com a gestão, dando atenção aos escolares do sistema público.

Warmling, Marzola e Botazzo (2012, p. 187)

relatam que a reorganização política do Brasil deflagrada com a instauração da República, pode ser interpretada como um rearranjo da sociedade brasileira para responder aos temas e problemas que a desafiavam na passagem do século XIX para o XX. O período que vai da Proclamação da República, em 1889, até a revolução de 1930, trata-se de período que completou a autonomia do ensino da odontologia.

A regulamentação da profissão contextualizou também a modernização da odontologia. Esse processo está diretamente vinculado à evolução do capitalismo industrial para o capitalismo corporativo a partir da segunda metade do século XIX. No Capitalismo industrial, onde não existia trabalho especializado, evoluiu-se para o corporativo, dando início as profissões especializadas.

A modernização das indústrias e a crescente evolução tecnológica fizeram com que os setores de serviços se desenvolvessem em novas funções e, em contrapartida, várias outras profissões foram extintas, conseqüentemente aumentando o número de desemprego; por outro lado, novas profissões surgiram, demandando mais especialização dos profissionais.

Várias reformas do ensino foram colocadas em prática, e uma discussão interminável sobre a liberdade profissional, entretanto, essas propostas ora

aumentavam ora restringiam a autonomia das instituições de ensino, acompanhando os embates políticos dos grupos no poder.

Com a reforma Leôncio de Carvalho, de 1879, delineou-se, oficialmente, pela primeira vez no Brasil, o perfil do profissional de práticas dentárias em separado das médicas (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012). A Reforma Saboia criou as condições legais e materiais para a institucionalização do ensino da odontologia (QUEIROZ, 2006).

Em 1884, o senhor Marcos Arruda foi nomeado primeiro inspetor de higiene pública na província de São Paulo (MASCARENHAS, 1973). Com o aumento de imigrantes chegando na cidade, deu-se início aos problemas sanitários, na forma de epidemias, colocando em risco a produção cafeeira (MARTINO; BOTAZZO; ZILBOVICIUS, 2010).

São Paulo era o carro-chefe da economia brasileira devido ao desenvolvimento capitalista, onde possuía uma situação privilegiada nos aspectos econômicos e políticos, fundamentais para a sociedade brasileira (MARTINO; BOTAZZO; ZILBOVICIUS, 2010).

Em 1891, São Paulo foi considerada uma das protagonistas do Serviço Sanitário, possuindo como maior objetivo a manutenção da economia cafeeira. Foi também na cidade de São Paulo que surgiu um dos primeiros cursos de odontologia, em 1902, havendo uma rápida expansão da profissão (MARTINO; BOTAZZO; ZILBOVICIUS, 2010).

O Serviço Sanitário se baseou num modelo técnico-assistencial, que nada mais era que uma proposta de saúde pública articulada com forças sociais e políticas, como qualquer serviço público constante da época (MARTINO; BOTAZZO; ZILBOVICIUS, 2010).

Em 1911, a Reforma Rivadávia Corrêa promoveu uma brusca mudança no ensino superior. Sendo ela responsável pela autonomia didática, permitiu a transformação gradativa das escolas em entidades privadas, subvencionadas pelos Estados. Por

incentivo dessa reforma, houve uma “inacreditável proliferação de Escolas de Odontologia” nos Estados de São Paulo e Minas Gerais (QUEIROZ, 2006, p. 83).

Essas reformas auxiliaram lentamente no início das primeiras faculdades desvinculadas da medicina e, em outubro de 1898, criaram-se a Escola de Odontologia de Porto Alegre, em 1911 “criou-se um curso em Pelotas (RS) e, posteriormente, foram criados cursos, em 1912 em Curitiba (PR) e São Paulo (SP), no ano seguinte em Juiz de Fora (MG) e Recife (PE), e em 1914 em Alfenas (MG) e em Belém (PA)” (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012, p. 188).

Em 1911 a odontologia ainda não estava inserida nos serviços sanitários públicos, apenas aos efetivos da Forças Pública e aos cidadãos sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Com a Lei 1.280, de 19 de dezembro de 1911, que reorganiza o serviço sanitário da Força Pública do Estado, foram criados os primeiros cargos de cirurgiões-dentistas na administração pública paulista (NARVAI, 2006).

Em 1912 foi criado o primeiro Dispensário de Assistência Dentária Escolar de São Paulo, no Grupo Escolar Prudente de Moraes. De início, os subsídios financeiros eram iniciativa particular, porém, em dezembro de 1913 a Câmara Municipal de São Paulo aprova o auxílio financeiro para essas instituições nos grupos escolares.

O Dispensário de assistência Dentária Escolar era realizado pelo inspetor médico que efetuava a averiguação dos corpos das crianças através de exame clínico para averiguação da estrutura física da criança. A inspeção buco-dentária deveria considerar o estado das gengivas, a dentição e a presença de cáries. O cuidado com a boca do escolar se somaria ao exame antropométrico e à investigação da audição, dos olhos, das sensações e dos órgãos de respiração (ORIANI, 2021).

Para que as crianças fossem examinadas pelos dentistas, primeiro passavam pelo médico escolar e ele realizava um encaminhamento para os cirurgiões-dentistas, que eram permitidos a realizar alguns procedimentos, como exames de boca, extrações, obturações, curativos cirúrgicos e limpezas (ORIANI, 2021).

Segundo Narvai (2006), o foco nos grupos escolares possuía como objetivo um trabalho sistemático e uma ação dinâmica, oferecendo tratamento no próprio local de ensino. Em um outro estudo de Narvai e Frazão (2008) relatam que a abordagem era individual e não alcançava um diagnóstico de situação em termos populacionais e, menos ainda se empregava qualquer tecnologia de programação decorrente de processos de planejamento, que considerassem a saúde bucal da população como um todo.

Contudo, os cirurgiões dentistas, até 1913, não pertenciam ao quadro de funcionários do Serviço sanitário. Em 1929 surge o Decreto nº 4.600, de 30 de maio 1929. No Artigo 50, do Capítulo VI, este mostra que os profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-escolar da Secretaria do Interior.

Os gabinetes dentários, fundados por iniciativa particular ou não, destinados a prestar assistência gratuita aos alunos das escolas, ficam sujeitos à fiscalização dentária da Inspeção Médico-Escolar. Decreto N. 4.600, DE 30 de Maio 1929 (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1929).

Apesar de já atuarem com seus serviços nos “grupos escolares” e já serem subsidiados pelo poder público, apenas em 1931, e de forma tímida, é que as práticas de saúde bucal começaram a ser introduzidas nos sistemas públicos de São Paulo.

Surge assim, o primeiro cargo regulamentado de Inspetor Dentista na Inspeção de Fiscalização de Medicina e Pharmacia, e o de Inspetor Dentário na Inspeção de Higiene Escolar e Educação Sanitária, estes foram os responsáveis pelas atividades ligadas à educação e à saúde no Estado, além de atender a população de escolares da rede pública estadual (NARVAÍ, 2006).

## 5.1 REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO

Como citado acima, a Junta de Higiene também foi fundamental para que o Governo de Getúlio Vargas iniciasse o processo de regulamentação da profissão. Uma vez que as faculdades de odontologia já possuíam autonomia, os cirurgiões-dentistas

poderiam atuar nas escolas, em clínicas particulares e como inspetores sanitários, o que levou a melhoria da condição sanitária dos brasileiros. Por outro lado, também resultou no aumento de profissionais atuando irregularmente, tendo a necessidade de regularizar-se o ofício.

O governo de Getúlio Vargas, pelo Decreto da 20.862, de dezembro 1931, regulamentou o exercício da profissão dos práticos, esse feito causou alguns movimentos nacionais, onde os formados em odontologia e os delegados da Associação Brasileira de Odontologia queriam desqualificar o exercício dos barbeiros-práticos (PEREIRA, 2012).

Para eles, essa prática irregular apresenta risco a saúde dos pacientes, já que não possuíam técnicas adequadas e nem conhecimento científico. Dessa maneira, o poder público tentou coibir a regulamentação dos práticos, estabelecendo parâmetros para os profissionais de odontologia para diminuir a disseminação das doenças e infecções (PEREIRA, 2012).

A legislação passou a definir regras e exigir diplomas ou exames da ordem, porém, só era possível realizar o exame após três anos de prática. A fiscalização era constante, e só poderia atuar quem pagava a taxa de funcionamento e tivesse 21 anos de idade.

Art. 1º Somente poderão exercer a profissão de dentistas práticos aqueles que tendo trabalhado três anos, no mínimo, em arte dentária, forem aprovados nos exames de habilitação ou que satisfizerem as condições do art. 8º deste decreto e após a necessária licença do Departamento Nacional de Saúde Pública, ou das repartições sanitárias estaduais (BRASIL, 1931).

Iniciava assim a desvalorização dos dentistas-práticos, sendo vedada por lei (Lei 5.081/66 - Art. 5º). Sendo expressa a nulidade a “qualquer autorização administrativa a quem não fôr legalmente habilitado para o exercício da Odontologia” (BRASIL, 1966), a parti disto, a atuação sem diploma foi sendo proibida, favorecendo o exercício da odontologia baseada em ciência.

Após 20 anos da regulação dos práticos, em 1966 foi oficializado a profissão de odontólogo pelo Sancionamento da Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, Art 2º.

O exercício da Odontologia no território nacional só é permitido ao cirurgião-dentista habilitado por escola ou faculdade oficial ou reconhecida, após o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior, no Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, na repartição sanitária estadual competente e inscrição no Conselho Regional de Odontologia sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade (BRASIL, 1966).

Tornando marco importante para os odontólogos, essa mudança de atitude mostra a continuação da transformação da profissão e o desenvolvimento das condutas de saúde bucal. Entre os anos de 1930 e os anos de 1970 a Odontologia vivenciou sua fase de tecnificação, com uma proliferação crescente de eventos científicos e, simultaneamente, a formação de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos médico-odontológicos, acompanhando o desenvolvimento capitalista nacional e movimentos sanitarista (FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013).

Em 1950 o Comitê de Experts em Higiene Dental da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Fundação Kellogg e Associação Latino-americana das Faculdades de Odontologia (Alafo), promoveram a realização de um mapeamento das faculdades de odontologia latino-americanas, visando subsidiar as discussões em três seminários sobre o ensino odontológico na América Latina, que seriam realizados entre 1962 e 1966 (QUEIROZ; DOURADO, 2009). Propuseram realizar levantamentos contendo dados sobre cursos, professores e estudantes, havendo o intuito de entender quais os problemas do ensino odontológico de ordem pedagógica.

O primeiro seminário foi realizado em Genebra, em 1962, com o objetivo de examinar os problemas que acometem o ensino da odontologia. O cirurgião-dentista deveria ser um profissional apto a trabalhar nos serviços de saúde pública e a planejar e executar ações coletivas de saúde bucal (QUEIROZ; DOURADO, 2009).

O segundo foi realizado no México, em 1964, com os temas educação universitária pré-profissional, condições físicas de uma escola ou faculdade de odontologia, organização da faculdade ou escola de odontologia, correlação entre as ciências básicas e as clínicas, aspectos preventivos e sociais da odontologia. “No Segundo Seminário não houve avanços muito significativos em relação ao primeiro, [no que

tange] a construção de proposta mais concreta para o ensino da odontologia” (QUEIROZ; DOURADO, 2009, p. 1020).

O Terceiro Seminário Latino-americano sobre o Ensino da Odontologia foi realizado no Brasil, e foram discutidos quatro temas: desenvolvimento das bibliotecas e aumento do uso da literatura na odontologia; treinamento de pessoal auxiliar nas faculdades de odontologia; educação após a graduação na faculdade de odontologia; e papel da investigação nas faculdades de odontologia. O Terceiro Seminário cumpriu a função de agente de um “processo de mudança por difusão” (QUEIROZ; DOURADO, 2009).

As recentes mudanças no processo educativo têm, de um modo geral, de buscar ofertar a formação integral da sociedade, de modo a proporcionar conhecimento e responsabilidade individualizada na concepção de saúde, com o objetivo do cuidado de higiene individual, assim como a relação de cada profissional na sociedade. A transformação da odontologia em uma ciência agregou a profissão mais credibilidade e respeito, e é a partir da institucionalização do curso de odontologia que a profissão começa a ser valorizada.

A assistência odontológica pública no Brasil tem se estruturado, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares. Nesse período todas as atividades odontológicas eram praticadas de forma introdutória neste ou naquele posto de atendimento, sendo que prevaleciam ações curativas e mutiladoras, centradas única e exclusivamente na figura do Cirurgião Dentista (MARTINS, 2011).

## 5.2 SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

Em 1952 surge o programa de odontologia sanitária e o modelo incremental, implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), importante órgão responsável pela assistência à saúde da população desde a década de 50, e financiado pelo governo norte-americano (BRASIL, 2008a).

O SESP se tornou um prestador de serviços de saúde. Baseando-se na lógica estadunidense de organização, que tem como meta o princípio utilitário da eficiência, dirigido à produtividade e rendimento, o serviço estabeleceu com suas ações uma

proposta embrionária de atenção primária em saúde (LIMA, 2017).

O modelo incremental foi criado para dar ancoragem à forma programada e sistematizada de prestação de serviços odontológicos, até então circunscrita ao modelo de livre demanda. O objetivo era reduzir o índice de cárie da população brasileira fixada em áreas estratégicas dos planos desenvolvimentistas, mediante recursos preventivos e de intervenção em lesões de cárie (LIMA, 2017).

O alvo principal desse programa era predominante a idade escolar de 6 a 14 anos, vista no setor epidemiológico como a mais vulnerável à doença da cárie com lesões em fase inicial, e a mais fácil de progredir o tratamento nas intervenções de saúde pública. Com recomendação de modelo misto (preventiva-curativa), salientava ações restauradoras, pondo em segundo plano as ações educativas e preventivas. Ou seja, o objetivo era primeiro tratar a doença para depois controlar a evolução, o programa não se preocupava quanto ao fator de risco do desenvolvimento da cárie. Outro fator desfavorável era a população fora da faixa etária escolar, que ficava desassistida pelos serviços odontológicos.

Os conhecimentos disponíveis na época levavam a acreditar que a cárie era um processo que, uma vez iniciado, não mais poderia ser controlado. Isso se demonstrava no conceito de “geração perdida”, ou seja, coisa nenhuma poderia ser feito em relação às pessoas já acometidas pela cárie, sobrando somente procurar trabalhar junto àquelas livres da doença. Devido a esse fator, pode-se observar uma estranha lógica, aonde a prevenção vem depois da cura. Já que a cárie é uma doença incurável, realizavam apenas o tratamento restaurador para depois aplicar o flúor (BLEICHER; BLEICHER, 2016).

Apesar do programa ser estruturado, beneficiando apenas as crianças, pode-se observar uma diminuição da doença cárie, porém, não se pode falar sobre diminuição do índice de CPO-D, isso devido aos elementos cariados que eram substituídos pelos restaurados, sem modificar o valor do índice e não tratando das causas da doença (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Acontecia que o número de crianças necessitando de tratamento era maior que o

tempo para realizar as consultas, que era durante o ano letivo, não conseguindo-se atingir 100% dos alunos. “Ou seja, quando o novo ano começava, novas crianças entravam no primeiro ano, com mais dentes a serem restaurados” (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008, p. 234). Nesse modelo, prevenção e cura se encontravam desarticulados.

### 5.3 MODELO INCREMENTAL

Um dos programas do modelo incremental é o levantamento epidemiológico que possuía caráter preventivo-curativo. Devido à restrição da área de abrangência, os primeiros estudos do levantamento epidemiológico em saúde bucal no Brasil foram realizados pelo Ministério da Saúde somente em 1986 e, 10 anos depois, a segunda experiência, com o levantamento em 1996. Este concedeu informações sobre as dificuldades epidemiológicas básicas da sociedade residente na zona urbana na faixa etária de 6 a 12 anos (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012).

Foram utilizados três argumentos para efetivar o levantamento epidemiológico. Primeiro, o reconhecimento de que somente com dados autênticos torna-se possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; segundo, a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada, cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carentes; terceiro lugar, a possibilidade, cada vez mais próxima e concreta, de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia, para o qual esses subsídios seriam essenciais (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Ações preventivas eram simploriamente abordadas através de fluoretização da água de abastecimento, contudo, nem sempre o recurso era disponível para a população, sendo assim, a recomendação era de aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças até 14 anos. Essa ação apresentou uma eficácia comprovada de redução do índice de cárie na população (BLEICHER; BLEICHER, 2016).

No Brasil, a adição de flúor nas águas de abastecimento público teve início em 1953, sendo Baixo Guandu, no Estado do Espírito Santo, a primeira cidade a ter suas

águas fluoretadas, operadas pela Fundação Serviços Especiais em Saúde Pública (SESP) (MOIMAZ et al., 2011). A fluoretação da água é um excelente método preventivo, que atua nos organismos dos indivíduos até mesmo quando estes desconhecem que estão sendo atingidos (BLEICHER; FROTA, 2006).

No entanto, apenas na década de 1970 é que a fluoretação passou a ser mais efetiva, dada a aprovação da Lei Federal nº 6.050 em 1975, a qual decretou a obrigatoriedade da fluoretação em sistemas de abastecimento público quando existir estação de tratamento (BLEICHER; FROTA, 2006).

Além disso, o modelo incremental teve um importante papel na odontologia, já que ele foi um dos marcos da programação do serviço público de saúde, quebrando a hegemonia da livre demanda nos consultórios. Priorizar a idade escolar foi favorável, pois as crianças criavam hábitos de higiene diminuindo a incidência de cárie.

A Fundação SESP foi o instituto que exibiu diversas tecnologias em saúde bucal no Brasil: a fluoretação da água, os bochechos fluorados, o sistema incremental e os levantamentos epidemiológicos.

Observa-se que a Odontologia é de origem milenar, que evoluiu entre os povos, de técnicas rudimentares a um conhecimento científico-tecnológico organizado e reconhecido. No Brasil, a prática odontológica passou muito tempo à margem de uma regulamentação e, por assim dizer, da sociedade. Todo trajeto percorrido da odontologia no Brasil configura bases históricas, que são caracterizadas por cada momento e carregam entre si suas particularidades.

A chegada de Guertin e as primeiras formações de cirurgiões dentistas em faculdades brasileiras deram o pontapé inicial para as grandes mudanças na estrutura da profissão, surgindo os primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil, e a regulamentação da profissão.

Avaliando assim o itinerário histórico da odontologia no Brasil, são percebidas inúmeras transformações, desde a concepção da prática propriamente dita, da arte de cuidar dos dentes, da interação e transformação social, até o ingresso no

conjunto de práticas e políticas públicas de saúde. Muitos avanços foram alcançados com o processo de articulação entre o processo sanitário, até a inserção dos profissionais dentista na saúde pública no Brasil.

A evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil foi indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade. É necessário salientar que muitas das limitações apresentadas por esse modelo devem ser consideradas como frutos do desenvolvimento histórico e do conhecimento científico da época. Durante muito tempo, programas de saúde bucal eram destinados a idade escolar, já que não eram vistas outras formas de intervenção em saúde pública, a não ser nas escolas.

Ao falar de modelos assistenciais, não podemos esquecer da Junta de Higiene que foi fundamental para a inserção dos dentistas na saúde pública e, foi fundamental para que o Governo de Getúlio Vargas iniciasse o processo de regulamentação da profissão e modernizasse as indústrias.

A crescente evolução tecnológica fez com que os setores de serviços se desenvolvessem, com isso, a odontologia vivenciou sua fase de tecnificação, com uma proliferação crescente de eventos científicos e, simultaneamente, a formação de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos médico-odontológicos, acompanhando o desenvolvimento capitalista.

No próximo capítulo abordaremos a constituição de 88, o início da construção do SUS e as conferências de saúde bucal, mostrando as grandes evoluções da odontologia no sistema público de saúde, e a Política Nacional de Saúde Bucal.

## 6 CAPÍTULO II

### 6.1 CONSTRUINDO O SUS

No segundo capítulo abordaremos a construção do Sistema Público de Saúde brasileiro, evidenciando o processo de descentralização e as mudanças do processo de cuidado que era voltado apenas para as crianças em idade escolar e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e passa a ser para todos.

Atentando com olhar histórico, o período anterior ao SUS era um sistema em que a assistência se encontrava associada à contribuição previdenciária do INAMPS, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho. Somente com o SUS é que vai se consolidar um sistema de acesso universal que abarca a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania.

Veremos as mudanças pós constituição de 88, e quais foram os processos que acompanharam a implementação das estratégias que desencadearam as mudanças nos modelos de atenção à saúde voltados para a promoção da saúde, organização da oferta e territorialização.

O propósito desse estudo será relatar a trajetória que levou a construção da Constituição Federal de 1988, a criação do SUS e as conferências de saúde bucal, até a implantação da PNSB.

A PNSB tem como seu principal objetivo

a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

O presente estudo buscou a aplicação de uma pesquisa histórica de cunho bibliográfico e documental com abordagem na história cultural, através da análise de documentos digitalizados disponíveis na internet.

A transição da ditadura civil-militar para a democracia no Brasil foi fruto de amplas mobilizações e da participação ativa da sociedade, tanto para a convocação da Assembleia Nacional Constituinte como nos debates que resultaram na Constituição cidadã de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história, pois além de ser um marco político e democrático foi também um importante passo para a saúde, sendo a fidelização para o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado (BARBOSA et al., 2018).

A análise desses acontecimentos, representativos do movimento de construção dos direitos sociais e políticos no Brasil, permite uma melhor compreensão dos desafios e das possibilidades contemporâneas da realização efetiva do direito à saúde, proclamado na Carta Constitucional de 1988 (BARBOSA et al., 2018).

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde se resumia em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, realizadas em caráter universal, já a assistência médico-hospitalar servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (JÚNIOR; SILVA; MEOHAS, 2010).

## 6.2 INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que, em 1978, passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SOUZA, 2002).

O INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada (JÚNIOR; SILVA; MEOHAS, 2010).

A assistência à saúde criada pelo INAMPS privilegiava apenas os trabalhadores com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que se tornara um dos princípios fundamentais do SUS (SOUZA, 2002).

A odontologia passou a ser mais presente na vida dos brasileiros com a criação do INPS, que inicialmente oferecia apenas extrações dentárias, desprezando tratamentos conservadores. A cobertura dos serviços odontológicos era baixa dentre a população de segurados (ROSSI, 2018).

A expansão das medidas odontológicas na Previdência atingiu um forte ritmo de crescimento quando foi favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado como estratégia ao processo de crescimento econômico. A Previdência financiou um aumento significativo da oferta odontológica, ainda que de baixa qualidade e de alto grau de mutilação (BARBOSA, 2015).

Ampliou o atendimento médico-odontológico sob ponto de vista da universalização, produzindo propostas produzidas por segmentos das elites técnicas não governamentais da odontologia, que planejavam mudar o modo de representação da categoria e fortalecer a compra dos serviços junto à iniciativa privada (BARBOSA, 2015).

### 6.3 REFORMA SANITÁRIA

Não satisfeitos com o INAMPS, os defensores da Reforma Sanitária estavam articulados com a redemocratização do país e, em conjunto com a população, clamavam por políticas mais universalistas.

Liderada por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva, os defensores da Reforma Sanitária possuíam como objetivo garantir a todos o acesso

aos serviços de saúde, não só do ponto de vista assistencial, mas também do ponto de vista da promoção e da prevenção (SOUZA, 2007).

As condições econômicas e a base de sustentação política do denominado modelo médico-assistencial privatista dos anos 70 dava sinais de esgotamento pela acentuada elevação dos custos da assistência médica e pela recessão econômica (GOYA, 2007).

Com o modelo médico privatista já dando sinais de enfraquecimento, foram surgindo propostas de implementação de um novo modelo de saúde, isso devido aos processos de globalização, de integração competitiva dos mercados e de rápida disseminação das referências científicas e das inovações técnicas que estavam modificando, também, os processos de trabalho em saúde, deixando em baixa o modelo assistencialista.

As propostas alternativas que apareceram dos programas docentes assistenciais e em seguida dos programas de extensão de cobertura levavam como questão central a compreensão de que não se tratava apenas de construir um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mas construir um novo modelo que fosse mais democrático e inclusivo socialmente, que fosse capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas (FAUSTO; MATTA, 2007).

A intenção era de organizar um sistema de saúde que articulasse a atenção primária, mas que também apresentasse um leque de ações preventivas e curativas. Façanha essa diferente do modelo dos programas da medicina preventiva, que propunham áreas isoladas e era individualista.

Algumas ideias que já circundavam o ambiente internacional estavam sendo bem aceitas pelos sanitaristas brasileiros. Isso devido ao fato que eles apontavam há décadas para um delicado quadro sanitário, que se caracterizava pela inadequada cobertura assistencial, e pela incidência de doenças típicas da pobreza (PAIVA; FREITAS, 2021).

Existindo um consenso sobre as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, deveriam haver iniciativas no campo de planejamento e da avaliação de ações e políticas. O grande objetivo era o aumento da cobertura dos serviços assistenciais de saúde (PAIVA; FREITAS, 2021).

Os grandes movimentos da reforma sanitária fizeram com que o Ministério da Saúde permitisse a entrada do movimento sanitarista no interior do aparelho do Estado, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública (OLIVEIRA, 2003).

#### 6.4 I SIMPÓSIO NACIONAL DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Sendo assim, a Reforma Sanitária, em 1979, apresenta no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único de Saúde, que seria nacional, de natureza pública, universal e descentralizado.

No documento publicado originalmente em 1980 pela revista *Saúde em Debate* nº 9, já era reconhecido o direito universal e intransferível, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanentes de condições que visibilizam a preservação de sua saúde. Além de reconhecer que o caráter social é tanto de responsabilidade coletiva como do Estado (SUCUPIRA et al., 1980).

Sendo assim, foram criadas medidas contrárias ao empresariamento da medicina, que conduziram o planejamento de transformação no atual sistema de saúde, cuja proposta foi criar o Sistema Único de Saúde (SUS), conceder ao Ministério de saúde a tarefa de planificar e implantar Política Nacional de Saúde, suspender o INAMPS etc. (SUCUPIRA et al., 1980).

Segundo Barbosa (2015), é atribuição do Estado a responsabilidade na administração desse sistema, garantido, por meio de uma política nacional, que esse fosse descentralizado, com efetivo controle social e participação política na regulação da prática médica privada, e definindo estratégias de produção e distribuição de medicamentos.

As reivindicações do Simpósio levaram a formulação de uma plataforma de luta em prol da democratização da medicina e da saúde brasileira, agrupando profissionais de saúde para lutar a favor da medicina democrática e da saúde pública de qualidade (SUCUPIRA et al., 1980).

Subjacente às reformas sanitárias e aos movimentos sociais, ocorria a movimentação política para a construção da saúde bucal como direito. Sendo organizados, nos anos 80, os Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEO), que tinham como propósito principal estimular os estudantes de odontologia a desenvolver sua capacidade crítica acerca das questões fundamentais no campo odontológico, especialmente a prática odontológica hegemônica. (CHAVES, 2018; BARBOSA et al., 2018).

O Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) correspondeu a um movimento social da categoria odontológica a fim de democratizar as entidades odontológicas, e representava o movimento de Reforma Sanitária Brasileira ao interior da odontologia (CHAVES et al., 2018; BARBOSA et al., 2018).

Os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO) também reuniam lideranças envolvidas na luta pela saúde bucal pública e de qualidade, e sua característica principal foi a constituição de fóruns de debates técnico-científicos sobre teoria e a prática de ações e serviços odontológicos em saúde pública (CHAVES et al., 2018; BARBOSA et al., 2018).

## 6.5 VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Em 1980, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) foi anunciado, festivamente, na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujas diretrizes tratavam da responsabilidade pública pelos serviços básicos, pela condução e controle de todo o sistema (ROSSI, 2018).

Suas diretrizes operacionais revelam ainda a existência de um acervo conceitual e de expertises organizacionais que, sem dúvida, encontraram acolhida na experiência de formulação de um Sistema Único de Saúde anos depois (PAIVA; FREITAS,

2021).

A convocação da VII Conferência Nacional de Saúde teve a finalidade de articular o debate amplo de temas referentes a implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a proteção dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento (BRASIL, 1980).

Com os seguintes subtemas:

1. Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas;
2. Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde – o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) e o Saneamento Simplificado;
3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde;
4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde;
5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infraestrutura de Apoio nos Estados;
6. Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde;
7. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde;
8. Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde;
9. Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde;
10. Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades;
11. Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde. (BRASIL, 1980, p. 3).

O subtema 7, Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde, teve como facilitador os Senhores, Sérgio Pereira, João Audifax e César de Albuquerque e o relator foi o senhor Fernando Molinos Pires Filho. Nos debates eles frisaram que a VII Conferência Nacional em Saúde foi a primeira a dar destaque sobre a odontologia, e que ainda não era conveniente estruturar programas de atenção a odontologia nos serviços básicos (BRASIL, 1980).

O grupo de debates encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto à participação da odontologia nos serviços básicos de saúde considerou importante deixar registrado que se constitui está a primeira vez na história

das Conferências Nacionais de Saúde em que se dá destaque e se ensaja de forma específica a discussão sobre a contribuição da odontologia num programa nacional de saúde.

[...].

Entende por outro lado não ser conveniente estruturar de forma à parte um subprograma de atenção odontológica primária, mas oportuno, isto sim, caracterizar somente em que, como e onde deve ela se integrar ao programa geral de atenção primária que se deseja implantar no País) (BRASIL, 1980, p. 175-176).

Segundo eles, ainda existia um abismo grande sobre a atual forma de prática e organização do modelo assistencial odontológico e os princípios que orientam a filosofia de atenção primária. O modelo anterior da prática e assistência odontológicas caracteriza-se, em traços gerais, pela: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má-distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, caráter monopolista, inadequação no preparo dos recursos humanos (BRASIL, 1980).

Quadro 1 – Modelo Assistencial Odontológico

<b>INEFICÁCIA</b>	Na medida em que não responde a resolução, ou redução, dos problemas de saúde bucal da população.
<b>INEFICIÊNCIA</b>	Alto custo e baixíssimo rendimento.
<b>DESCOORDENAÇÃO</b>	Tanto a nível normativo quanto operacional.
<b>MÁ DISTRIBUIÇÃO</b>	Unidades de serviço se localizam nos polos de desenvolvimento, deixando ao abandono as áreas rurais, que são obrigadas a buscar sistemas alternativos de atenção.
<b>BAIXA COBERTURA</b>	Pouca assistência a demanda espontânea, e a mais significativa e que não chega a ser efetiva.
<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	Uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada.
<b>ENFOQUE CURATIVO</b>	A não atenção ao sistema preventivo, comprovado como de enorme eficácia e eficiência.
<b>CARÁTER MERCANTILISTA</b>	Na medida em que faz da saúde um bem de troca sujeito às leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também no da pública, que o estimula mediante mecanismos de compra de seus serviços.

<b>CARÁTER MONOPOLISTA</b>	Que se traduz na resistência a transferência de conhecimentos e à sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos, que não o profissional de nível superior, numa opção que fere o princípio de divisão do trabalho já reconhecido e utilizado largamente por outros setores das ciências médicas.
<b>INADEQUAÇÃO NO PREPARO DOS RECURSOS HUMANOS</b>	Que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo, como o treinamento ou preparação em serviço.

Fonte: Brasil (1980, p. 176).

Uns dos principais pontos recomendados pelo grupo de debate foi que seja institucionalizado, no Ministério da Saúde, um núcleo técnico dedicado ao equacionamento dos problemas da odontologia, que se responsabilizaria pelo planejamento e normalização das ações odontológicas no País, a fim de suprir a falta de definição política existente na área, bem como evitar a supervisão e descoordenação das diferentes instituições prestadoras de serviços (BRASIL, 1980).

A VII CNS resultou que a cobertura de prestação de serviço na área da odontologia deixa de ser extrativista e passa a ser subdividida em 3 níveis, passando por ações de prevenção e prestação de cuidados, apoio às atividades a atendimento escolar e chegando a casos complexos e oferta de próteses, porém, estas eram pagas pelos usuários (ROSSI, 2018).

## 6.6 PREV- SAÚDE

O Prev-Saúde era um Programa de Extensão de Cobertura (PEC), que atingiu 40 milhões de brasileiros sem acesso à saúde e a necessidade de controle de certas epidemias, mas, sobretudo, era uma política racionalizadora de custos (ROSSI, 2018).

O PREV-SAÚDE visa dotar este País de uma rede de serviços básicos capaz de oferecer, quantitativa e qualitativamente, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, de baixo custo, fácil acesso e

elevada capacidade resolutiva... Procurar-se-á também a melhor compatibilização e adequação entre a estrutura da demanda e a oferta de serviços de saúde através da observação e valorização das características e peculiaridades locais e regionais (BRASIL, 1980, p. 71).

Representava a “organização de uma agenda de questões que conjugava tanto uma proposta de extensão da cobertura de alcance nacional quanto uma série de atributos e iniciativas “racionalizadoras”, razoavelmente consensuadas entre os diferentes grupos que constituíam a saúde pública brasileira” (PAIVA; FREITAS, 2021, p. 530). Pode dizer que o Prev-Saúde foi o berço para a construção de uma proposta racionalizadora para o então recém-implantado Sistema Nacional de Saúde.

O PREVSAÚDE, segundo seu anteprojeto, visa a reordenar o modelo da prestação de serviços do setor, para adequá-lo às necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para custeá-lo.... Por outro lado, o Governo Federal, por seus dois Ministérios: da Saúde e da Previdência e Assistência Social, teria de melhorar a política no setor, de vez que, com o predomínio atual das ações de recuperação em detrimento da integralização dos cuidados à saúde e da atenção de nível primário, o aumento de custos e gastos está a exigir uma orientação que leve em conta esta parte financeira, comparada com os benefícios à maioria dos brasileiros. (HGD, 1981, p. 1).

O programa previa a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção, tanto do sistema previdenciário quanto das demais instituições públicas de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Como já se esperava, o Prev-Saúde não era bem-visto pelos opositores da rede privada, já que a sua maior proposta era privilegiar a criação de uma rede pública de unidades básicas. Isso devido aos grupos ligados a rede privada, que ficaram receosos com as consequências consideradas negativas para a vigência da política de transferências de recursos públicos para a rede privada (PAIVA; FREITAS, 2021).

Embora o Prev-Saúde não tenha se concretizado, tornou-se referência para as reivindicações relacionadas com a Reforma Sanitária e que eram desejadas pela sociedade, mas jamais foram atendidas pelo governo.

Foram implementadas, pelo Ministério da Saúde e o INAMPS, algumas medidas de caráter transitório que marcaram o início da reforma do sistema. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), ao mesmo tempo, davam respostas à crise previdenciária e abriam espaços para a construção de um outro projeto para o setor: o SUS (FAUSTO; MATTA, 2007).

## 6.7 AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS)

Surgindo em 1983, as AIS tinham como escopo básico a concepção de uma melhor utilização da rede de serviços básicos por meio de convênios firmados entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação e Secretarias Estaduais de Saúde, com incorporação posterior dos municípios (BARBOSA, 2015).

As AIS foram implantadas durante o primeiro ano da chamada Nova República, que contava, no nível do aparelho de Estado, com um número significativo de intelectuais oriundos do movimento oposicionista, surgido durante os anos de ditadura (PIMENTA, 1993).

Os Planos das Ações Integradas de Saúde propunham-se, no discurso, integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de assistência médica, e criar uma "porta de entrada" para o sistema através de uma rede básica de serviços de saúde (PIMENTA, 1993).

Paim (1986, p. 98) apresenta dez motivos para se apostar na AIS: 1) Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; 2) Planejamento e administração descentralizados; 3) Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; 4) Possibilidade concreta de participação popular organizada; 5) Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde; 6) Respeito ao princípio federativo; 7) Respaldo de forças sociais atuantes no setor; 8) Perspectiva mais concreta de viabilidade; 9) Incorporação do planejamento à prática institucional; 10) Responsabilidade das Universidades na formulação e implementação de políticas de saúde.

Embora o discurso oficial do governo fosse de que as AIS estavam sendo implantadas com o objetivo principal de integração/descentralização, na realidade elas se constituíram principalmente em uma estratégia de expansão de cobertura a baixo custo, cobertura esta que deveria realizar-se através da recuperação da capacidade instalada e ociosa dos serviços estaduais e municipais da saúde (PIMENTA, 1993).

O repasse de recursos era feito diretamente da União para os órgãos públicos de atendimento, tendo como base de pagamento a produção de atos odontológicos por Unidade de Serviço (US) (BARBOSA, 2015).

No setor odontológico aconteceram algumas situações satisfatórias, tais como o fortalecimento da rede ambulatorial, a contratação de recursos humanos e, principalmente, a integração com os municípios (BARBOSA, 2015).

Contudo, no que diz respeito às questões fundamentais, como a participação popular na formação das políticas de saúde bucal, a revisão do papel dos serviços privados e a forma de arrecadação de verbas a serem investidas no setor, essas ficaram apenas no campo teórico das discussões (BARBOSA, 2015).

O documento final do V Simpósio de Política Nacional de Saúde reforçava a estratégia das AIS como caminho para o Sistema Único de Saúde, de modo diverso àquele lançado por Secretários de Saúde em julho de 84, o qual propunha a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde e, estranhamente, ignorava a proposta das AIS, que beneficiavam muitas dessas Secretarias de Saúde (PAIM, 1986).

O V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde, apresentou a seguinte diretriz para uma nova Política de Saúde:

"Implantação de um Sistema Unificado de Saúde Federalizado e Democrático. Este processo deve ser constituído a partir do aprofundamento das experiências das Ações Integradas de Saúde — AIS, que coordenam os diversos serviços, no sentido de se intensificar a integração das diferentes instituições de saúde (PAIM, 1986, p. 179).

A reforma do sistema, deve, portanto, contemplar uma maior descentralização do processo decisório, administrativo e financeiro do setor. Essa descentralização não deve se delimitar aos limites do executivo, entregando aos estados e municípios a possibilidade de determinar formas de atendimento adequados às suas necessidades, mas também incorporar o legislativo em todos seus níveis enquanto representação política da sociedade no aparelho do Estado (PAIM, 1986).

Dentro do clima de fragilidade e incertezas, o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, propõe, em 1987, uma organização do sistema de saúde e, em julho de 1987, através de um Decreto Presidencial, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (PIMENTA, 1993).

Em 1982, o então ministro Dr. Waldir Arcoverde, e a gestão do Secretário Geral do Ministério da Saúde, Mozart de Abreu e Lima, que era cirurgião-dentista, constituiu o Grupo de Trabalho de Odontologia, o GT-Odonto, com a finalidade de definir e orientar as ações do Ministério da Saúde no campo da Odontologia e integrar e coordenar as atividades de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (ROSSI, 2018).

## 6.8 LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO 1986

Em 26 de agosto de 1987 é criada a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), composta por três serviços: Epidemiologia; Programação e Normas Técnicas; e Recursos Operacionais. Esta passou a fazer parte do organograma do Ministério da Saúde, dentro da Secretaria de Projetos Especiais (ROSSI, 2018). A DNSB foi a primeira a realizar o levantamento epidemiológico já iniciado pelo grupo GT-odonto.

O Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986 foi “o primeiro estudo de abrangência nacional realizado no Brasil na área de saúde bucal, fornecendo detalhes de informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na Zona Urbana” (BRASIL, 1988a, p. 9).

Fica exposto no texto do levantamento epidemiológico de 86 que, antes dessa iniciativa, predominava a ideia de que a necessidade de tratamento da população

em massa impediria o êxito de qualquer proposta odontológica. Tornando desnecessário a realização do levantamento epidemiológico, já que bastava apenas saber o tamanho do problema.

Para a realização do levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde foram utilizados três argumentos para a superação desses entraves:

O reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornaria possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; segundo, a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada; [...] e, finalmente, em terceiro lugar, a possibilidade cada vez mais próxima e concreta de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia, para o qual esses subsídios são essenciais. (BRASIL, 1988a, p. 9).

Devido à escassez de recursos, fez com que se tornasse fundamental a definição do público-alvo e a região que seria a zona urbana, sendo selecionadas cinco macrorregiões (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste), as faixas de renda familiar, analisando a prevalência de cárie dentária, doença periodontal, necessidade de prótese total e a procura por serviços odontológicos.

Em relação a faixa etária, foram estabelecidos 10 grupos: 6 anos (1º grupo), 7 anos (2º grupo), 8 anos (3º grupo), 9 anos (4º grupo), 10 anos (5º grupo), 11 anos (6º grupo), 12 anos (7º grupo), 15 a 19 anos (8º grupo), 35 a 44 anos (9º grupo) e 50 a 59 anos (10º grupo). A escolha desses grupos obedeceu a critérios de prioridade epidemiológica.

A realização do estudo ocorreu em 16 cidades das macrorregiões, dando-se prioridade as que possuíam SESP. O foco principal era nos grupos etários de 6 a 12 anos, pois poderiam colher diferentes indicadores, além da facilidade da realização dos exames bucais nos indivíduos que se encontravam nas escolas. Nas demais faixas etárias, os exames eram realizados nos domicílios residentes, não sendo necessário uma grande amostra.

A estimativa da amostragem para a realização do levantamento epidemiológico foi de 15.480 alunos e de 6.480 domicílios, essa diferença é devido ao

desmembramento das idades e da facilidade de realização dos exames em âmbito escolar.

Para realizar a amostragem da ocorrência de cárie foi utilizado, pela primeira vez, o CPO-D, descrito em 1937 por Kleim e Palmer.

Este índice é composto por quatro fatores: Dentes Cariados (C), Extraídos (E), com Extração Indicadas (Ei), e obturados (O). A inicial "D" acrescida no final significa "Dentes" para diferenciar do índice CPO-S, que estuda a superfície dentária. [...]

A utilização desse índice no presente levantamento seguiu uma linha não estrita de interpretação diagnóstica, notadamente nos exames de adultos, pois todas as lesões ou ausências de dentes constatadas foram levadas em consideração, mesmo que tivessem como causas outras razões que não a cárie dental (doença periodontal, motivos ortodônticos, por exemplo). (BRASIL, 1988a, p. 21).

O CPO-D é empregado também no planejamento e avaliação de programas de assistência odontológica em saúde pública, como ainda em pesquisas sobre métodos preventivos. Apresenta características favoráveis, sendo objetivo e simples (GUIMARÃES; GUIMARÃES, 1990).

É importante destacar que, em todas as cidades realizadas, o levantamento teve apoio do SESP, como também das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e INAMPS, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, Delegacias Federais de Saúde, Faculdades de Saúde Pública de São Paulo (BRASIL, 1988a).

O tempo de execução foi de 25 meses, desde o início do planejamento em junho de 1985 até a realização final do documento em junho de 1987. A montagem final do documento foi realizada pelo DNBS e pelo Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) (BRASIL, 1988a).

Como resultado, foi nítido observar os altos índices de cáries dentárias entre as crianças brasileiras em todas as idades analisadas. O CPO-D médio evolui de 1,25 aos seis anos para 3,61 aos nove anos, atingindo 6,25 aos doze anos, e que, de cada quatro brasileiros adultos na faixa etária entre 50 e 60 anos, três necessitam de prótese dental total (BRASIL, 1988a).

Tabela 1 - CPO-D médio 1986

<b>Idade</b>	<b>Nº de Dentes Atacados por Cárie</b>
6 anos	1,26
7 anos	2,25
8 anos	2,84
9 anos	3,61
10 anos	4,57
11 anos	5,79
12 anos	6,65
15-19 anos	12,68
35-44 anos	22,50
50-59 anos	27,22

Fonte: Martins et al. (2005, p. 59).

Esse quadro extrapola a simples assistência odontológica, não ressaltando os serviços de encaminhamento de soluções que contribuam para a sua reversão, visto que, supera as esferas de atuação, contribuindo para sua manutenção o modelo da prática odontológica atual, eminentemente curativo, paliativo e mutilador, sem incorporar os últimos avanços científicos (CARVALHO et al., 2009).

Segundo Rossi (2018, p. 89),

a partir dos resultados do inquérito epidemiológico realizado, a DNBS trabalhou no planejamento para a Política Nacional de Saúde Bucal e, em seguida, para a captação de recursos para o Programa Nacional para Controle da Cárie Dentária (Precad).

Já Roncalli (2006, p. 108)

afirma que apesar de todo esse esforço, considerando que o levantamento trouxe informações muito ricas e que são utilizadas até hoje em análises do perfil epidemiológico brasileiro, essa primeira experiência, porém, não se estabeleceu enquanto rotina e nem enquanto componente de uma estratégia mais global de uso da epidemiologia nos serviços.

Sendo assim, apesar dos resultados, não contribuiu para a estruturação de uma estratégia para uma vigilância em saúde bucal. E sim, se resumiu a um tímido estímulo à fluoretação das águas e à implementação de um programa de aplicação tópica de flúor gel em escolares, o qual se mostrou de baixa cobertura e efetividade.

Os anos 80 foram marcados por grandes movimentos em prol da saúde universal, porém, apesar das grandes conquistas, nenhum conseguiu ser fidedigno ao seu projeto de trabalho. Isso devido aos seus opositores que buscavam a saúde privada.

#### 6.9 VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E SEU DESDOBRAMENTO

Em decorrência disso, no ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, e ele afirmou que essa “conferência foi um marco histórico da política da saúde brasileira” (BARBOSA, 2015, p. 20).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos: foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade, além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária (JÚNIOR; SILVA; MEOHAS, 2010).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, como já citado, foi um marco na história e pode-se dizer que, foi a partir dela, que começou a concretizar-se a saúde integral e descentralizada. Com seu desdobramento, a VIII CNS foi cenário de quatro grandes eventos de saúde: cenário da Reforma Sanitária, se empenhou em consolidar o SUS, implantou o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) e por fim, realizou a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB). Esses acontecimentos foram primordiais na consolidação do Sistema Único de Saúde na Constituição de 88.

A VIII CNS contou com a participação de mais de 4 mil pessoas, sendo 1 mil delegados. O processo altamente participativo, democrático e representativo permitiu a todo o debate um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade aos encaminhamentos das grandes questões, apesar das diversidades das propostas, e quanto as formas de implementação (BRASIL, 1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde instituiu uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que reuniu todos os setores envolvidos com a área de saúde para apresentar uma proposta na Assembleia Nacional Constituinte (OLIVEIRA, 2003).

No Relatório Final DA VIII CNS ficam em destaque alguns pontos. Em primeiro lugar, fica evidente que tem que ocorrer uma modificação no setor da saúde, ampliando o conceito de saúde e revendo a legislação que diz respeito a promoção, proteção e recuperação da saúde, no que está convencionado a chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

O segundo ponto discutido foi em relação ao novo Sistema Nacional de Saúde com a proposta de estatização imediata, porém, a proposta foi negada, ocorrendo um consenso que deve haver uma expansão e fortalecimento do setor público. E que o setor privado estaria sendo concedido e contratado pelo setor público, porém, a discussão não foi muito profunda (BRASIL, 1986).

Outro tema, esse sim bastante polêmico, foi a separação da saúde da previdência. Sendo que, a previdência encarregar-se-ia de ações próprias de seguros sociais (pensões, aposentadorias etc.) e a saúde estaria entregue a níveis federais (BRASIL, 1986).

O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre o produto e atividades nocivas a saúde. Até que se formasse o orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida de crescimento de novas fontes (BRASIL, 1986, p. 3).

Para finalizar, falou-se do financeiro, ocorrendo consenso de alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial (BRASIL, 1986). O relatório final foi dividido em três grandes subtemas: Subtema 1: Saúde como direito; Subtema 2: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Subtema 3: Financiamento do setor.

No Subtema 1, mostrou-se a saúde como um sentido mais abrangente, sendo resultante da alimentação, habitação, educação, moradia, meio-ambiente etc. Ou seja, o resultado das formas de organização social da produção que podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitários as ações de serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 4).

O tema também aborda que a desigualdade social ocorreu devido a presença de um Estado autoritário, que desenvolvia políticas voltadas as classes proprietárias. “O modelo de organização do setor público é anárquico, com pouca eficiência e eficácia, gerando descrédito junto a população” (BRASIL, 1986, p. 6). E que o Estado tem como responsabilidade básica garantir o direito à saúde.

No Subtema 2 aborda-se a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, resultando na criação do SUS, separando totalmente a previdência da saúde.

Foram discutidos os princípios fundamentais: descentralização, universalização, integralização, hierarquização, participação popular, equidade. Sendo definidas as atribuições dos níveis municipal, estadual e federal.

Por último, o Subtema 3, Financiamento do setor, destaca-se que o financiamento do sistema terá que ser de responsabilidade do Estado, a quem cabe levar uma política descentralizada, articulando participação efetiva dos Estados e Municípios, com ampla e profunda reforma tributária (BRASIL, 1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do Brasil, pois além de se empenhar em consolidar um Sistema Único de Saúde, também foi cenário da Reforma Sanitária.

#### 6.10 REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Sanitária coloca dois projetos sanitários em disputa. De um lado, as forças conservadoras que se enfrentam para conservar e fortificar o atual Sistema Nacional de Saúde desintegrado, com hegemonia do modelo médico-assistencial privatista. Por outro lado, as forças democráticas sugerem a mudança do sistema, através da reforma Sanitária, da qual bases doutrinárias estão definidas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (MENDES, 1986).

O grande obstáculo da Reforma Sanitária foi que, os opositores não reconheciam a importância da necessidade de mudanças nesses setores, para que com isso conseguíssemos melhorar os níveis de saúde.

A Reforma Sanitária utilizou o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, para apresentar, como proposta, a aprovação do Sistema Único de Saúde na Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, que foi reconhecido como um documento de expressão social (BARBOSA, 2015).

Este evento, historicamente caracterizado como movimento político-sanitário, foi de grande importância no cenário nacional, devido ao seu caráter democrático, com participação de milhares de delegados, representando usuários, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidades, parlamentares, organizações não governamentais, entre outras entidades da sociedade organizada (GOYA, 2007).

Em síntese, o Relatório Final, realizado por Paim (2008), permite destacar os principais elementos constitutivos do projeto da Reforma Sanitária construído pela VIII CNS, sendo eles: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; criação do SUS; participação popular e constituição e ampliação do orçamento social.

Segundo Vicente (2019, p. 50), “o SUS surgiu da luta por melhores condições de saúde, principalmente para melhorar as condições de desigualdades sociais e promover ações efetivas que alcançassem todas as classes sociais”. A VIII Conferência Nacional de Saúde deu origem ao Sistema Único de Saúde, o SUS, tendo em vista os princípios discutidos durante a intervenção popular.

A Reforma Sanitária apresenta duas referências doutrinárias, a primeira é a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Ou seja, que todos os cidadãos tenham direito aos serviços e a todos os tipos de serviços de saúde, em todos os lugares, solicitando a universalização com equidade (MENDES, 1986).

A segunda é a Reforma Sanitária na correta interpretação da doutrina da atenção primária. Ou seja, promover ações a todos os níveis sociais, além do Estado prover uma política setorial compensatória, que vai consolidar as desigualdades pessoais ou regionais, presentes ao nível da sociedade nacional (MENDES, 1986).

Visto isso, a intenção da Reforma Sanitária era transformar o modelo arcaico onde a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas, ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde. Mas que a saúde é muito mais que isso, que ela expressa a qualidade de vida de uma população, refletindo as suas condições objetivas de vida.

Falar de saúde implica, portanto, levar em consideração fatores políticos, econômicos, culturais, sociais, educacionais, meio ambiente, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer, esporte, terra e transporte. A articulação desses diferentes setores resultará em uma saúde integral.

No mesmo patamar da Reforma Sanitária, ocorreu a Reforma da Odontologia Sanitária que, segundo Chaves (1962), é uma disciplina da saúde pública, cuja missão é o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade, no sentido de obter as melhores condições médicas possíveis de saúde bucal.

Posto isso, a Odontologia Sanitária veio para reformular radicalmente o Sistema Nacional de Saúde Bucal. Essa reformulação é devido ao fracasso do levantamento epidemiológico realizado em 86, mostrando a ineficácia do modelo extrativista.

Para Serra (2005 apud MAIA, 2008, p. 25),

a história do movimento sanitário odontológico e do seu processo de luta pela mudança do modelo de atenção odontológica realizado no setor público, está registrada nos documentos relativos as VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde e no relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB).

#### 6.11 SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE (SUDS)

A VIII CNS também resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que avançou para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços, reforçou a descentralização e hierarquização a nível federal (a regulamentação, a supervisão) e a transferência das unidades do INAMPS (GOYA, 2007).

Segundo o Decreto nº 94.657, de julho de 1987:

Art. 1º Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.

O SUDS institui-se em um aprofundamento das AIS, e caracteriza um avanço em relação à descentralização/unificação à medida em que propunha a "estadualização" do INAMPS, ou seja, que as Secretarias Estaduais de Saúde assumissem efetivamente todas as funções deste órgão (PIMENTA, 1993).

Um dos fatores que contribuíram para o sucesso do SUDS em alguns Estados foi a experiência acumulada das AIS, associada à existência de estruturas regionalizadas da Secretaria Estadual de saúde (PIMENTA, 1993).

O limitante do SUDS consistiu na falta de uma política de financiamento por parte do INAMPS, a qual fosse capaz de atender à demanda dos Estados e municípios, num

período em que a inflação atingia níveis elevadíssimos e corroía, de maneira sistemática, os repasses mensais que, em geral, não eram "corrigidos" (PIMENTA, 1993).

Apesar dos fatores limitantes, o SUDS registrou extensão da cobertura com expansão para as camadas mais carentes da população, e uma tentativa de implantar programas de alcance coletivo. Deu prosseguimento às estratégias de hierarquização e

adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (VENÂNCIO, 2005 BARBOSA apud 2015, p. 21).

pelo meio de uma proposta do INAMPS/MPAS, que se expôs como base na construção do que em seguida veio a ser chamado de Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 6.12 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (CNSB)

Como se pode observar, a VIII CNS foi o coroamento dos grandes movimentos nacionais no intuito de fortificar a saúde integral. Em consequência, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em Brasília, nos dias 10 a 12 de outubro, mudando radicalmente a odontologia pública no Brasil.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi amparada pelo Ministério da Saúde e pela Universidade de Brasília, com o auxílio do Conselho Federal de Saúde e algumas Secretarias Estaduais de Saúde. Estavam presentes técnicos da área de saúde bucal, profissionais de saúde, representantes dos setores público e privado da Odontologia, estudantes e representantes da comunidade (OLIVEIRA, 2003; BARBOSA, 2015; ROSSI, 2018).

No relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986, coordenado por Volnei Garrafa, fala-se que, na história da Odontologia brasileira, não há registro de momento similar sob o ponto de vista democrático, onde os problemas de saúde bucal da população tenham sido apresentados e discutidos de forma tão pluralista.

O documento da 1ª CNSB reafirma as críticas ao modelo hegemônico de práticas odontológicas descritas na VIII CNS. Que era caracterizada pelas práticas individualistas, com baixíssima cobertura e com pouca repercussão no quadro epidemiológico das doenças bucais da população brasileira.

3. O modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador. 4. A ineficiência dos Serviços Públicos é devida a uma política deliberada que privilegia os serviços privados, em detrimento da manutenção e ampliação dos órgãos públicos (GARRAFA, 1986, p. 4).

Comprometida com as doutrinas da Reforma Sanitária, a conferência investigou questões importantes, como o Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil e a Inserção da Odontologia no Sistema Nacional de Saúde. Inserindo a saúde bucal como parte integrante da saúde geral da pessoa, relacionando-a as condições Socioeconômica e ambiental (BARBOSA, 2015).

1. Um diagnóstico epidemiológico de Saúde Bucal deve contemplar as relações como o social, o econômico e o político, não se restringindo apenas à compilação de dados. 11. Inexistência de dados epidemiológicos fidedignos e outras informações sobre a Saúde Bucal da população. 3.1. O cirurgião-dentista deve necessariamente integrar a equipe de saúde, de modo a ter assegurada a integralidade das ações (GARRAFA 1986, p. 8).

O relatório final da 1ª Conferência (1986), ao reconhecer a saúde bucal como responsabilidade do Estado, inseparável da saúde geral do indivíduo e como direito de cidadania, pressupunha a viabilização de um Sistema de Saúde onde a universalização do acesso aos serviços, equidade na assistência e a participação popular no controle do sistema fossem os requisitos essenciais para alterar o modelo existente.

No relatório da 1ª CNSB é abordado, na temática 2, Diagnóstico de saúde Bucal no Brasil, a Inexistência de uma Política Nacional de Saúde Bucal voltada para os interesses da maioria da população.

Dando continuidade, no tema 3 Reforma Sanitária, Inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde, o tópico 5 relata que o Programa Nacional de Saúde Bucal deverá estar inserido no Sistema Único de Saúde, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal (GARRAFA, 1986).

41. Formulação do Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis Federal, Estadual e Municipal. 42. Determinar, nesse Programa, as prioridades mínimas para o setor, garantindo: 42.1 - atendimento na faixa de 0 a 14 anos; 42.2 - atendimento a gestantes; 42.3 - atendimento do adulto; 42.4 - para a manutenção dessas prioridades, deverá haver a concordância democrática da população atendida (GARRAFA, 1986, p. 9).

Barbosa (2015) fala que, sem sombra de dúvidas, foi a partir deste momento histórico que a odontologia brasileira começou a amadurecer social, técnica e politicamente, mudando o foco individual para o coletivo, assumindo a responsabilidade no combate aos caóticos índices epidemiológicos constatados em todas as regiões do País.

Já Barbosa et al. (2018) relatam que foi com o resultado da 1ª CNSB que realmente começou o processo teórico-político do que hoje se denomina Política Nacional de Saúde Bucal, sua fundamentação e suas diretrizes básicas.

A 1ª CNSB incorporou as temáticas gerais da VIII Conferência Nacional Saúde, “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema” e “Financiamento do Setor”.

Apesar dos debates no Congresso Nacional, transformado em Assembleia Nacional Constituinte, e as proposições das Conferências de Saúde, os governos que se sucederam desde então, não colocariam em prática as deliberações da 1ª CNSB (FRAZAO; NARVAI, 2009).

O que se observou, em 1988, por meio do Departamento de Odontologia do então INAMPS, foi a criação do Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF), planejado e executado de modo vertical e centralizado na direção geral do órgão, no Rio de Janeiro e, em 1989, do mesmo modo e concomitante a iniciativa do INAMPS, o Ministério da Saúde (MS) definiu uma implementação do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD) (BARBOSA et al., 2018).

A criação desses programas, reducionistas da interpretação da questão do direito à saúde bucal como um espectro mais amplo, mostrou o conservadorismo e o despreparo do governo federal em desenvolver um sistema de saúde unificado e descentralizado (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1988 foi fundada a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), com o intuito de criação de uma entidade sindical que representasse interesses mais legítimos da categoria odontológica, para além de uma mera representação formal e burocrática (BARBOSA et al., 2018). Esta se originou no mesmo ano em que o país experimentava importantes mudanças no campo político e ganhava uma nova Constituição (1988), a qual trouxe, entre outras conquistas, a criação histórica da política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS (BARBOSA, 2015).

Dessa forma, relacionaram-se, a princípio, em projetos dirigentes de vários sindicatos de odontologistas (SODF, SOERN, SOEGO, Sinodonto-ES, SOERJ, SOMS, SOMT), que possuíam um compromisso político com a organização de um novo sindicalismo odontológico, integrado às lutas dos demais profissionais de saúde e dos trabalhadores brasileiros (BARBOSA, 2015).

O papel da FIO foi resolutivo para a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Logo após a 2ª CNSB, essa federação buscou diálogo direto com o Ministério da Saúde, e envolveu as demais entidades e o resultado (embora tardio) foi a inclusão da odontologia no PSF a partir da Portaria Ministerial nº 1.444/2000 (BARBOSA, 2015).

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde; a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população; a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

A expansão da esfera pública odontológica foi a característica mais importante do período, uma vez que, no contexto dela é que ocorreu a formação de novos públicos técnicos e novos fóruns de debates (BARBOSA et al., 2018).

## **7 A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A DEFINIÇÃO DE UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA**

Para finalizar o período extenso da década de 80, abordaremos a Constituição Federal de 1988. Que foi a primeira grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária.

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde que se formalizou a oportunidade de mudanças baseadas no “direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade” (ROSA; SAES; ABULEAC, 2012, p. 38), sendo elas as bases para a elaboração do SUS na Constituição Federal de 1988 (CF88).

Em vista disso, entende-se que o direito à saúde é um direito inclusivo, que incorpora outros direitos sociais, que interagem entre si, como nutrição, moradia, acesso a água potável e segurança, condições sanitárias adequadas e de trabalho, bem como a ambiente saudáveis, ou seja, está intimamente relacionado a determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, que afetam a saúde como um todo (FREITAS; QUELUZ, 2020).

Nesse sentido, a saúde, considerada como um direito social extensivo a todos os cidadãos brasileiros e aos demais residentes no país, representa um marco no amplo processo de lutas sociopolíticas. Essas batalhas foram travadas no contexto de redemocratização do país, na década de 1970, pelo Movimento da Reforma Sanitária em benefício da construção de um sistema de saúde mais justo e solidário.

A transição da ditadura civil-militar para a democracia no Brasil foi fruto de amplas mobilizações e da participação ativa da sociedade, tanto para a convocação da Assembleia Nacional Constituinte como nos debates que resultaram na Constituição cidadã de 1988 (BARBOSA et al., 2018).

A participação popular tornou-se fator decisivo para que se formulasse um decreto nacional: saúde como direito de todos e dever do Estado. Frente a isso, foi através dela que grandes conquistas saíram do papel e foram implantadas.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988b).

A Constituição de 88, de fato, inovou não somente ao abrir-se para uma inédita interpretação sistêmica do direito, encimando os direitos fundamentais como sua chave interpretativa central, como ainda amplificou a legitimação ativa de novos atores, pautando o protagonismo da Sociedade Civil em seus vincos com o ideal de Estado Democrático de Direito (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2019).

Estima-se que, na CF88, ocorreu a descentralização do setor de saúde, sendo redefinidas as prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015);  
I–Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III–participação da comunidade. (BRASIL, 1988b, p. 119).

As áreas de saúde e de previdência social por fim, foram separadas. Desse modo, a atribuição do Ministério da Saúde passa a ser a responsabilidade pelo combate as epidemias e tornava a assistência médica uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais (COSTA, 2002).

A Previdência Social perdeu as atribuições relativas ao atendimento médico-hospitalar, passando a restringir-se a concessão e ao gerenciamento das aposentadorias, pensões e seguros de acidentes de trabalho (COSTA, 2002).

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:  
(EC no 20/98, EC no 41/2003 e EC no 47/2005) I–Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II–Proteção à maternidade, especialmente à gestante;  
III–Proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV–salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;

V–Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2o. (BRASIL, 1988b, p. 120).

A evolução de descentralização e fornecimento dos serviços de saúde, motivados por essa percepção da deficiência de efetividade, tem provocado mudanças marcantes na configuração do subsistema público universalista, denominado pela Constituição de 1988 como SUS, reorientando os papéis da União (Governo Federal), estados e municípios na oferta de atenção à saúde (COSTA; BARROS; RIBEIRO, 1999).

O SUS foi verdadeiramente implantado e por fim consolidado em 1990 com a lei 8080, que será inicialmente abordado no capítulo 3. Desse modo ressalta-se, portanto que, segundo a CF-88, são de relevância e atuação do SUS.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (EC no 85/2015);  
I–Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;  
II–Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; I  
II–Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;  
IV–Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;  
V–Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;  
VI–Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;  
VII- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;  
VIII–Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

## 7.1 CRIAÇÃO DO SUS

Com a implementação do processo de descentralização que se seguiu à criação do SUS, multiplicaram-se os centros de decisão sobre saúde nas esferas estaduais e municipais, com reflexos nos programas de saúde bucal (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Desta forma, com implicações para a saúde bucal que, entendida como um aspecto inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado.

A partir da criação do SUS, da crescente municipalização das ações de saúde e da incorporação de princípios como os da universalidade e integralidade, ocorreu uma pressão para a alteração dos modelos vigentes e a reestruturação da assistência pública odontológica. Esta assistência, que já correspondeu a ínfima parte da oferta de serviços no sistema público de saúde brasileiro, passou, portanto, a receber uma maior injeção de recursos financeiros, com resultante expansão de postos de trabalho para profissionais da área e uma oferta crescente de serviços (FINKLER et al., 2009).

Portanto, deixaremos para abordar o tema no próximo capítulo, onde será exposta a transformação da odontologia pós constituição de 88, a inserção dos cirurgiões-dentista nos SUS, os marcos importantes da história até chegar no Programa Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente.

## 7.2 POLÍTICAS NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Mas antes de finalizar, como já citado e observado, a década de 80 ainda não teve fim. Por intermédio da pressão da sociedade sobre os governantes, em busca de seus direitos e à luta por benefícios de uma saúde pública para todos, surgiram as Políticas Públicas (VICENTE, 2019).

As Políticas Públicas são atos intersetoriais, com a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, acima de tudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo (NARVAI, 2011).

Sendo lançado em outubro de 1988, em Brasília, o primeiro documento intitulado Política Nacional de Saúde Bucal, com publicação oficial no ano de 1989.

Suas diretrizes indicam para uma reestruturação da atenção em saúde bucal em todos os pontos de atenção, tendo o conceito do cuidado como estrutura de reorientação do modelo, respondendo a uma perspectiva de saúde não centralizada somente na assistência aos doentes, mas, acima de tudo, na promoção da boa

qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais ampla e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004a).

A PNBS, além dos princípios exposto pela a CF88, universalidade, integralidade e equidade, apresenta também seis princípios básicos: Gestão Participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional.

Todos eles assumem um compromisso com a atenção básica, garantido qualidade e resolutividade, assegurando a integralidade nas ações de saúde bucal para que haja o desenvolvimento do cuidado em saúde em todos os níveis de atenção.

Os objetivos específicos da política tratavam de:

- reduzir em 50% a prevalência de cárie dental em crianças e adolescentes no prazo de dez anos;
- combater as doenças periodontais, aumentando os índices de higiene em todas as faixas etárias;
- reduzir, significativamente, os índices de edentulismo e o número de extrações na população jovem e adulta;
- democratizar o acesso aos serviços odontológicos por meio do aumento da oferta, da atenção a grupos prioritários e da ampla participação da comunidade;
- estruturar uma rede nacional de serviços básicos em saúde bucal;
- promover ações continuadas de educação para a saúde bucal, de forma a nortear todas as atividades do setor;
- apoiar a formação de recursos humanos de nível superior, técnico e auxiliar compatíveis com o quadro epidemiológico, com a situação econômico social e com os padrões de crescimento populacional do país (BRASIL, 1989b apud ROSSI, 2018, p. 44).

Segundo Narvai (2011), a política de saúde bucal em curso no Brasil no início da segunda década do século XXI foi bem-sucedida. Porém, alguns fatores atrapalhavam a implementação da PNSB, a odontologia ainda continuava a prestar serviços as classes dominantes, com formas mercantilista, priorizando a doença e não a saúde.

A atenção ao setor público ainda era direcionada a idade escolar, atendimento de urgência nos adultos e ocorria a inexistência de integração com as demais áreas de saúde (BARBOSA, 2015).

Após as intensas lutas políticas da década de 1990 é que o Brasil foi capaz de promover o início da jornada rumo a uma política de saúde bucal mais resistente e orientada à melhoria das condições de vida da população. Um desafio ainda maior, uma política em combinação com as necessidades de saúde em suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais, mas também com proposta de atividades de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde (BARBOSA et al., 2018).

Com o desdobramento da primeira Política Pública, um ano após a Constituição de 88 foi consolidado, por meio do Departamento de Odontologia do então INAMPS e Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle de Cárie Dental com o PNCCSF. Do mesmo modo, e concomitante a iniciativa do INAMPS, o Ministério da Saúde definiu, em 1989, uma Política Nacional de Saúde Bucal, lançando o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD).

Ambos os programas federais na área de saúde bucal, o PNCCSF e o PRECAD, foram definidos em absoluta contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde que, naquele contexto, passavam a se constituir em exigência claramente fixada pela nova Constituição da República (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O PRECAD tinha como proposta geral reduzir em dez anos, 50% da cárie dentária na população brasileira. Atingindo o máximo de pessoas possíveis. Os subprogramas eram:

- fluoretação de água de consumo público;
- uso tópico de fluoretos;
- opção pela adoção de géis fluoretados aplicados em moldeiras na época das campanhas de vacinação, para atingir o máximo de pessoas;
- vigilância e controle – normas para controle e registro de produtos;
- formação de recursos humanos; e
- estudos epidemiológicos e biológicos (ROSSI, 2018, p. 98).

Este programa foi bastante combatido, pois não existiam evidências científicas das melhorias da utilização do flúor em gel em crianças em detrimento das soluções fluoradas. Optou-se pela fluoretação com gel em moldeiras para crianças nas épocas de vacinação (ROSSI, 2018).

Portanto, os dois programas não tiveram muito êxito, já que, em 1989, o então presidente da república, Fernando Collor de Mello, definiu sua política nacional de saúde no documento intitulado “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O Plano Quinquenal de Saúde continha metas discretas para a saúde bucal, sendo estas voltadas apenas para o câncer de orofaringe, cárie e doença periodontal. Para o câncer de orofaringe, as ações se voltavam para a capacitação de recursos humanos, aquisição de equipamentos para as unidades de referência e ações de educação em saúde. Quanto à cárie e doença periodontal, havia metas de redução dos índices dessas (ROSSI, 2018).

As metas mencionavam a redução na porcentagem de diagnósticos tardios de câncer “de 80% para menos de 40%”, a “diminuição de 30% da mortalidade por câncer bucal”, entre 1989 e 1995; e a “redução de 50% do número de crianças em idade escolar atingidas por manifestações de doença periodontal”, entre outras esquisitices epidemiológicas. Quanto à cárie dentária propunha-se “a diminuição do número de dentes atacados por cárie aos 12 anos (...) de 6,7 em média, para 4,3, até 31 de agosto de 1995” (BRASIL, 1990 apud NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 11).

Durante o governo Collor, a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada em uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, o INAMPS foi extinto, mas a lógica de financiamento por meio de um sistema de transferência de recursos por produção de serviços foi mantida (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Desse modo, estados e municípios passaram a ser apontados, pelo governo neoliberal da época, como prestadores estatais. Uma rede formada por prestadores privados e estatais isolados favorecia o desempenho desordenado dos órgãos conveniados e contratados. Esse modelo de atenção, que valorizava a quantidade de procedimentos executados, acarretava em conflitos entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população (FRAZÃO; NARVAI, 2008).

Nesse estudo, foi mostrada a importância da discussão sobre a saúde pública e a saúde bucal, entendendo as relações que acontecem entre Estado e Sociedade, e

como os sujeitos coletivos, trabalhando em conjunto, são capazes de promover mudanças dentro de um país.

A participação popular foi fundamental para a construção de uma política igualitária e universal de saúde no Brasil. Mostrando que a saúde não está ligada apenas a doenças, mas ao cotidiano dos brasileiros, sendo necessárias mudanças no setor de trabalho, mudanças que lhe proporcionassem condições de vida, incluindo condições econômicas e sociais.

O SUS surgiu dessa luta por melhores condições de saúde, principalmente para mudar as condições de desigualdades sociais, e promover ações efetivas que alcançassem todas as classes sociais.

Neste capítulo foram apresentados alguns traços básicos relacionados a construção do Sistema Único de Saúde, sendo abordado desde o primeiro sistema INAMPS em 1977, que tinha um caráter previdenciário e militar, servindo apenas a trabalhadores remunerados, o IAS, em 1983, onde lançou-se uma melhor utilização da rede de serviços básicos e foi a porta de entrada ao sistema de saúde, sendo o caminho para a efetivação do SUS.

Caminhamos para a 7ª e 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foram fundamentais para a construção de uma Política Nacional da Saúde Bucal e que avigorou o Sistema Único de Saúde como uma política universal.

Prosseguimos para o SUDS, em 1987, que foi uma política de descentralização e avançou na extensão de cobertura da população, adotando como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a implementação de distritos sanitários.

E por fim, chegamos na Constituição Federal de 1988 que foi a transformação da saúde centralizada, para a concretização de políticas universais, e o início da política pública de saúde.

Nesse campo de discussão, foi reformulado um novo sistema de saúde nacional, o SUS, que atenderia toda a população sobre os princípios da equidade, integralidade e universalidade. Esse novo sistema seria responsável pelo direito à saúde para todos, como dever do Estado para garantir o bem-estar da população.

## **8 CAPÍTULO 3**

### **8.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NA DÉCADA DE 90**

No capítulo anterior foi relatada a trajetória das lutas políticas para a construção do SUS e a inserção de uma Política Nacional de Saúde Bucal, onde ambos estavam em busca da melhoria da condição de saúde da população, reorganização da atenção em saúde, integralidade e universalidade.

Até então, o conceito de saúde era ultrapassado, deixando de lado princípios importantes, como a educação em saúde e a promoção de saúde, focando exclusivamente no tratamento curativo, o que exigia alto custeio.

Com as grandes lutas sociais e com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o sistema de saúde começa a ser alterado, pensando na ideia de universalidade e de equidade, ou seja, a saúde como um direito de cidadania. Dessa forma, esse novo modelo de saúde instaurado faz com que a saúde brasileira comece a tomar novos rumos, com maior integração do Estado e da população.

A chegada da década de 90 foi um marco memorável para essas lutas sociais, nas quais o Sistema Único de Saúde, por fim, foi consolidado pela Lei Orgânica da Saúde (8080/90), ficando estabelecido as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, participação da comunidade, descentralização, integração em nível executivo das ações de saúde, organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS determinou grandes mudanças para as políticas de saúde no Brasil. Estabelecendo condições para a realização de proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, apresentando, de forma direta, os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, bem como as funções de cada órgão.

### **8.2 II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

Sendo a porta de entrada para uns dos mais importantes fóruns de debates sobre

saúde bucal no país, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB), ocorrida nos dias 25 a 27 de setembro de 1993, foi realizada no meio de grande revolta da população e dos representantes com o governo do Itamar Franco, onde a fome, o desemprego, a falta de saneamento e de moradia assolavam o país (BRASIL, 1993).

O debate apresentado na conferência apontou 8 (oito) temas: I: Introdução, tema II: Saúde Bucal é Direito da Cidadania, III Políticas de Saúde, IV Modelo de Atenção em Saúde Bucal, V Desenvolvimento Tecnológico, VI Financiamento, VII Recursos Humanos em Saúde Bucal e VIII Controle Social.

Sendo exposto pelos presentes a indignação popular sobre o quadro sanitário, a insatisfação com a atual situação da saúde bucal, a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, levando em conta a saúde bucal como direito de todos e destacando a proposta de uma nova política de saúde bucal com efetiva inserção no SUS e que garantiu o acesso e equidade da assistência odontológica (BRASIL, 1993).

Porém, o ponto chave do debate foi a insatisfação com a saúde bucal que era profundamente preocupante, não havendo políticas adequadas, com péssimas condições de trabalho e a falta de financiamento compatível com a proposta do SUS. Atestando a decadência de um sistema retratado em elevados índices de mutilação e doenças bucais e que colocava o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo.

Esperamos que esta lição de cidadania que foi a II Conferência Nacional de Saúde Bucal contamine os gestores públicos e os prestadores de serviço. Se assim for poderemos ter uma expectativa mais positiva em Saúde Bucal para 1994, ano definido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como ano mundial da Saúde Bucal (BRASIL, 1993, p. 4).

Ao discutirem o tema Saúde Bucal é Direito da Cidadania, os representantes da II CNSB relataram que as políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, que só assim será possível alterar as características epidemiológicas e obter impacto na cobertura da população (BRASIL, 1993).

Ainda no tema II, eles dispuseram a debater sobre os profissionais e a sociedade,

onde frisaram a importância dos profissionais dentistas ter, em sua formação acadêmica, a construção do modelo de atenção que contemple a integralidade da atenção, buscando trabalhar em níveis comunitários. Dessa forma, terá acesso a maior parte da população, visando a transformação da sociedade no sentido da valorização da saúde, estimulando o saber e a implementação de políticas igualitárias de proteção social.

A transferência do conhecimento para a população deve ser uma preocupação essencial no processo de resgate da cidadania dos brasileiros, hoje negada pelo neoliberalismo excludente que norteia a política atual do governo, principalmente no que diz respeito a distribuição de renda e ao acesso à educação (BRASIL, 1993, p. 8).

O tema III: Políticas de Saúde - A Saúde Bucal e o SUS, foi amplamente discutido sobre a transformação das práticas odontológicas. Onde foi relatado os agravamentos de saúde com a não associação da cárie como doença infecto-contagiosa, prevenível e tratável; a falta de levantamento epidemiológico a nível municipal e a insuficiência de atendimento odontológico para a população, sendo assim traçadas medidas emergências para superar cada problema exposto (BRASIL, 1993).

A principal dificuldade apontada no tema IV - Modelo de Atenção em Saúde Bucal, foi a ineficiência do modelo cirúrgico e restaurador, levando a busca de um modelo de atenção integral a saúde bucal, ou seja, que leve em conta a necessidade da população de cada localidade. Onde seria contemplada uma proposta para atenção odontológica no intuito de estimular e promover a assistência integral à saúde em todos os níveis e faixas etárias, levando em conta a epidemiologia e as realidades locais para definir as prioridades (BRASIL, 1993).

Enfatizar a necessidade de implementação dos procedimentos coletivos que deverão ser realizados pela equipe de saúde bucal, desenvolvidos em estudos epidemiológicos periódicos e com base na associação de métodos preventivos e estendidos a todo local onde haja grupo de indivíduos e aplicados desde o seu nascimento (BRASIL, 1993, p. 13).

O tema V foi previamente argumentado, o qual expõe que o desenvolvimento tecnológico das práticas de saúde bucal deve ser visto como parte fundamental do processo de democratização e deve englobar as tecnologias do cuidado (BRASIL,

1993).

Um debate muito importante foi o tema VI - Financiamento, que foi o ponto mais crítico para a saúde bucal. Já que o país estava atravessando uns dos momentos mais críticos financeiramente e a saúde bucal ainda não era identificada com clareza no orçamento do SUS, ficando com as “sobras” orçamentárias. Dessa forma, observaram a necessidade do estabelecimento de estratégias para assegurar e garantir recursos destinados a saúde odontológica pública (BRASIL, 1993).

No penúltimo tema foi discutido sobre Recursos Humanos em Saúde Bucal, sendo recomendado pelos representantes a aprovação do piso salarial para médicos e cirurgiões-dentistas; a contratação para o SUS deve ser exclusivamente por concurso público; garantia de biossegurança; valorização do odontólogo na saúde pública; entre outras (BRASIL, 1993).

E, para finalizar a II CNSB, o último tema posto na mesa do comitê foi o Controle Social, eles relataram que, apesar das grandes conquistas da reforma sanitária, ainda não havia acontecido a melhoria da qualidade de vida da população. E para isso era necessário criar conscientização popular para as práticas sanitaristas e as questões de saúde, ou seja, a conquistas do direito à saúde se dariam através da participação popular nos diversos níveis de gestão do SUS, cabendo, aos governos, a responsabilidade pela garantia da qualidade de vida da população (BRASIL, 1993).

A II CNSB trouxe para debate a situação da saúde bucal como direito da cidadania, apontando as características de “um novo modelo de atenção em saúde bucal, aprovando diretrizes e planejamentos políticos para a saúde bucal e propondo formas de financiamento e controle social, defendendo a descentralização das ações” (BRASIL, 2005, p. 14) com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica.

A partir deste momento, a grande luta da odontologia era ser inserida nesse novo modelo de atenção instaurado pela VIII CNS e debatido na II CNSB, garantindo que a política de saúde bucal fosse efetivamente implantada no SUS. Na tentativa de

retirar o Brasil do ranking dos países de piores condições de saúde bucal no mundo, foi necessário a transformação da prática odontológica, a assistência integral a saúde em todos os níveis e faixas etárias, a garantia de recursos destinados a saúde odontológica pública e a conscientização popular para as práticas sanitárias e as questões de saúde.

Com a luta para a fixação do sistema de atenção em saúde foi criado, em 1994, o PSF, que mais tarde, em 1998, passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O ESF desempenhou um importante papel para o fortalecimento e permanência do SUS, reestruturando os serviços na esfera do sistema público de saúde e acirrando discussões políticas sobre a necessidade de uma nova forma de financiamento.

Impondo a necessidade de priorizar ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e ininterrupta, sendo caracterizada como principal “porta de entrada” do sistema de saúde (MANASSERO; BAVARESCO, 2016).

O grupo de trabalhadores era composto por uma equipe multidisciplinar minimante formada por médicos, enfermeiros, auxiliar técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, a Saúde Bucal não teve seus profissionais incluídos na equipe, apesar de já existir uma proposta em prol da inclusão da equipe de Odontologia no Programa de Saúde da Família (MARTINS et al., 2014).

## 9 LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO 96

Após a turbulenta II CNSB e a implantação da ESF, onde ambos estavam dispostos a melhorar a qualidade de vida e inserir a odontologia no SUS, inicia-se a fase do 2º Levantamento Epidemiológico de Saúde bucal, em 1996, que colocava o Brasil entre as nações com maior incidência de cárie dentária do mundo.

Com o objetivo de analisar as mudanças ocorridas nos perfis de saúde bucal dos brasileiros, tendo como referência o levantamento epidemiológico realizado em 1986.

Informações colhidas pelo DATASUS, Tecnologia de Informação a Serviço do SUS, relatam que o 2º Levantamento Epidemiológico foi realizado pela Área Técnica de Saúde Bucal em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia, Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as Secretarias Estaduais de Saúde. No entanto, ainda que houvesse dados disponíveis pelo sistema de informática do SUS, a pesquisa sequer gerou relatório final.

Diferente do 1º Levantamento ocorrido em 1986, em que eram avaliados dados sobre cárie dentária, doença periodontal e a necessidade de prótese com faixa etária de 6 a 12 anos, de 15 a 19 anos, de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos.

Em 1996 o estudo foi mais sucinto, pesquisando somente a cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras e do Distrito Federal, visando um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS (DATASUS, 1996).

Desse modo, assim como no levantamento de 86, em 1996 o ponto de partida para a escolha da amostra foram escolas de cada capital brasileira, 4 escolas por capital – Uma escola da periferia (pública), uma de bairro, também pública, e duas do centro, sendo uma pública e outra particular, totalizando 30.240 crianças examinadas (DATASUS, 1996).

Com o objetivo de calibrar as estratégias, foram realizados treinamentos dos

examinadores, no intuito de assegurar que cada profissional pudesse examinar de maneira padronizada, minimizando as variações e as interpretações diferentes entre eles. Sendo formada 108 equipes constituídas por 1 dentista, 1 anotador e 1 monitor, todos indicados pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO) (DATASUS, 1996).

De acordo com a tabulação de dados do levantamento epidemiológico (Tabnet), ao ser avaliando o porcentual de CPO (Cariados, perdidos e obturados) Cariados por Idade segundo Região, é possível notar que, a idade com maior índice de cárie dentária, em todas as capitais, foi em crianças na faixa etária dos seis anos, atingindo total 78,78 % e o de menor foi aos 12 anos sendo 51,06% (DATASUS, 1996).

Realizando uma classificação por regiões que apresentaram maior índice de elementos cariados, a região Norte fica em primeiro lugar com 72,11%, passando para o Nordeste com 49,59%, em terceiro lugar ficam as capitais do Sul 49,11%, em quarto lugar o Sudeste 46,69% e em quinto lugar a região Centro-Oeste com 46,04% (DATASUS, 1996).

O que observa-se é que regiões com classe social mais baixa despontam com as piores condições de saneamento e grande desigualdade social, assim, a saúde bucal apresenta maior chance de desenvolvimento da doença cárie dentaria e de perda dental.

As diferenças regionais em saúde bucal analisadas desde o inquérito de 1986 perpetuam as relevantes desigualdades, principalmente entre crianças e adolescentes, sobre as quais as Regiões Norte e Nordeste apresentam recorrentemente os piores indicadores de saúde bucal (BRASIL, 2022).

Tabela 2 – Porcentual de CPO-D em 1996

<b>Idade</b>	<b>Nº de Dentes Atacados por Cárie</b>
6 anos	0,28
7 anos	0,70
8 anos	1,15
9 anos	1,53
10 anos	1,87
11 anos	2,38
12 anos	3,06

Fonte: Martins et al. (2005, p. 59).

Na Tabela 2 é possível verificar que há um aumento significativo da doença cárie com o avanço da idade, revelando caráter acumulativo da doença. Agora, ao comparar o levantamento epidemiológico realizado em 1986, onde os índices atingiam, aos seis anos, 1,25 para 3,61 aos nove anos, chegando ao CPO-D médio de 6,25 com 12 anos de idade, é notável que ocorreu uma queda significativa e que esta pode ser atribuída, em grande parte, pelas mudanças de critérios de exame e a melhoria de qualidade de vida, conscientização popular sobre saúde bucal e adequação do meio de trabalho dos profissionais dentista.

Segundo Roncalli, Côrtes e Peres (2012), embora esses estudos tenham tido grande importância no seu tempo, não se estabeleceram enquanto um componente da política de saúde bucal vigente, se conformando em iniciativas isoladas.

Os levantamentos epidemiológicos de 86 e 96, apesar de alcançar dados de diferentes regiões, não foram suficientes para a construção de um quadro abrangente sobre as condições de saúde bucal do povo brasileiro. Uma vez que as características das amostras eram definidas apenas por faixas etárias consideradas e residentes nas cidades pesquisadas, não sendo assim o representativo da população.

A necessidade de melhorar o índice epidemiológico em saúde bucal, de aprimorar o acesso da população brasileira nas ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal e a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na

atenção básica foi o que impulsionou a decisão de organizar as práticas de intervenção, contribuindo, para a inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família.

### 9.1 INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESF

Por conseguinte, levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS, notou-se a necessidade de ocorrer a ampliação da atenção em saúde, inserido assim, a equipe de saúde bucal na ESF.

Finalmente, após seis anos da criação do PSF, é que oficialmente ocorreu a publicação da Portaria nº 1.444, no dia 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, que instaurou as equipes de Saúde Bucal no ESF.

Art. 1º Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.  
Art. 2º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000).

Os profissionais odontólogos assumem assim, a tarefa de desenvolver ações em saúde bucal de um determinado território e população definida. Se integrando na equipe de trabalho multiprofissional de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e famílias em diversos níveis de sistema na atenção básica.

Dessa forma, o objetivo principal do dentista na ESF era diminuir o índice epidemiológico de saúde bucal e aumentar o acesso da população aos cuidados com a higiene oral. Resultando assim, na transformação do modelo odontológico, centrado apenas no alívio de dor, tornando a base do cuidado e abrindo as portas para o acesso de toda a população.

A inserção do Cirurgião-Dentista na Unidade Básica de Saúde faz com que a atuação do profissional deixe de ser algo focado no curativo, e passe a ter um princípio teórico e voltado para uma assistência ampla com ações educativo-preventivas, diminuindo as doenças orais, assim como, as demais doenças que

podem acometer o indivíduo. Desta forma, percebe-se que a atuação do Cirurgião-Dentista na ESF promove possibilidade de melhoria da saúde bucal do povo brasileiro (MATOS et al., 2020).

Em um primeiro momento, a organização da saúde bucal na equipe de PSF demandou muito esforços, isso porque os cirurgiões necessitavam de qualificação, já que para eles as técnicas do modelo curativo permaneciam prevalentes em seus atendimentos, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. Outro ponto era a grande demanda reprimida, que impossibilitava a realização de atendimentos humanizados e o desconhecimento dos usuários da inserção dos dentistas no PSF (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Após a inserção dos cirurgiões-dentistas no ESF e as limitações ocorridas no 2º levantamento epidemiológico em 96, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um extenso “programa de levantamento epidemiológico que examinasse os principais problemas de saúde bucal em diferentes grupos etários e que incorporando tanta população urbana como rural e incluísse, pela primeira vez, as faixas etárias de 18 a 36 meses e 65 a 74 anos” (BRASIL, 2004b, p. 3).

## 9.2 SB - BRASIL 2003

O Projeto SB Brasil 2003 - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, tem como ideia construir um levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional. O Projeto SB Brasil foi a principal estratégia de vigilância em saúde bucal para a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal baseada no modelo assistências de base epidemiológica (VASCONCELOS et al., 2018).

Em um primeiro momento, o projeto teria início nos anos 2000, porém, por algumas questões operacionais, o levantamento foi realizado entre os períodos de maio de 2002 a outubro de 2003 e teve seus dados publicados em 2004 (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012).

O levantamento epidemiológico 2003 envolveu a presença de várias instituições e entidades odontológicas - Conselho de Odontologia, Associação Brasileira de

Odontologia, Faculdades de Odontologia, além do decisório suporte das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2004b).

Para a realização do projeto contou-se com a participação de 2.000 profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, que participaram do estudo como examinadores, anotadores ou coordenadores, com o envolvimento de 250 municípios e 108.921 pessoas examinadas, estabelecendo a faixa etária de 18 a 36 meses, 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, possuindo como objetivo geral:

Produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, através da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal (BRASIL, 2004b, p. 3).

Investigando as seguintes características relativas à saúde bucal: coroa e raiz dentária, necessidade de tratamento odontológico do elemento dentário, condição periodontal do sextante, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese, fluorose dentária e presença de alterações de tecidos moles. Foram obtidos também, dados relacionados a fatores socioeconômicos do examinado, acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal (BRASIL, 2004b).

Para a realização do plano amostral, a pré-estratificação foi dividida em macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste) e o porte do município por número de habitantes, essa medida possibilitou a produção de informações mais detalhadas, a fim de contemplar os objetivos do projeto, os dados coletados para a amostra foram coletados em domicílios, quadras, creches e escolas (BRASIL, 2004b).

Em relação a prevalência de cárie dentária, 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que, a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19, na faixa etária de 35 a 44 chega a 99,48 % e na de 65 a 74 o valor também chega a

99,48% (BRASIL, 2004b).

Quanto à cárie, os resultados dos levantamentos mostraram o percentual do CPO-D:

Tabela 3 – Porcentual do CPO-D 2003

<b>Idade</b>	<b>Nº de Dentes Atacados por Cárie</b>
18-36 meses	1,07
5 anos	2,8
12 anos	2,8
15 a 19 anos	6,2
35 a 44 anos	20,1
65 a 74 anos	27,8

Fonte: Martins et al. (2005, p. 59).

Sendo observado, na Tabela 3, novamente um caráter acumulativo da doença em relação a idade, indicando um crescimento acelerado das sequelas da cárie dentária. Agora, ao avaliar o ponto de vista regional, o centro-oeste é que apresenta menor índice de cárie dentária em todas as idades, e as regiões norte, nordeste, sul e sudeste são as que apresentam maior índice da doença, repetitivamente a desigualdade regional é novamente notada no levantamento de 2003.

Fato curioso é que, na faixa etária de 5 anos, a região nordeste sai do pódio dos primeiros colocados e aparece na quarta posição, assumindo a região sudeste em primeiro lugar, sul, norte, nordeste e centro-oeste sucessivamente. Essa circunstância ocorreu devido a implantação da ESF, que teve maior cobertura na região do Nordeste. Em vista disso, os resultados obtidos na região nordeste podem ser justificados devido a ampliação do acesso à atenção básica em saúde bucal e das ações educativas e preventivas que nela são desenvolvidas (VASCONCELOS et al. 2018).

Favorecendo assim o estímulo para a implantação da PNSB - Brasil Sorridente, em 2004, visto que, um dos objetivos é a intensificação das ações preventivas nas regiões menos favorecidas (VASCONCELOS et al., 2018).

Fatores socioeconômicos estiveram presente em todas as análises do levantamento, existindo desigualdades regionais marcantes em relação as macrorregiões, aparecendo com piores proporções a Região Norte (ao redor de 56%) e melhores a Região Sul (ao redor de 36%) (BRASIL, 2004b).

Uma das possíveis explicações para a expressiva prevalência e incidência dessas patologias e a sua associação com condições socioeconômicas, políticas de acesso aos serviços, é a questão da diversidade geográfica (VASCONCELOS et al., 2018).

Na análise da presença de flúor na água nas distribuições dos 250 municípios, esta é mais concentrada nas regiões Sul e Sudeste e em municípios de maior porte populacional. É notável que, em regiões que apresentam flúor na água, há uma diminuição de doença oral até aos 12 anos, na faixa etária de 15 a 19 anos a diferença diminui e a partir dos 35 anos praticamente não são observadas diferenças (BRASIL, 2004b).

Quando avaliado o índice periodontal nas faixas etárias, a percentagem de pessoas com bolsas periodontais maiores que 4mm foi de 1,3%, 9,9% e 6,3% nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, respectivamente. O que chama atenção é o grande número de sextantes excluídos devido ao alto grau de mutilação dos elementos permanentes, dessa forma, a prevalência da doença periodontal severa nessas faixas etárias acaba por ser baixa (BRASIL, 2004b).

O uso e a necessidade de prótese dentária já é de imaginar que é elevado devido ao grau de perda dentária, a proporção de dentes perdidos é maior entre aqueles com menor renda familiar, sendo indicada para adolescentes de 15 a 19 anos. Quanto ao uso, adolescentes das Regiões Norte e Nordeste possuem as porcentagens maiores de uso de algum tipo de prótese dentária. Para adultos e idosos, um maior uso foi constatado na Região Sul (BRASIL, 2004b).

Ao ser avaliada a má oclusão, nota-se que a maioria dos indivíduos de 12 e 15 a 19 anos apresentou má oclusão, independente do grau. No que se refere à fluorose, nota-se maior prevalência da mesma em indivíduos de 12 anos do que na faixa etária de 15 a 19 anos. Observam-se índices de fluorose maiores nas regiões

sudeste e sul, onde está a maior porcentagem de municípios com água fluoretada (BRASIL, 2004b).

É provável que muitas das desigualdades apontadas sejam decorrentes do modelo de atenção em cada território, entre outros, o impacto de medidas coletivas, como, por exemplo, a fluoretação da água e da pasta de dente, e de critérios específicos relacionados ao acesso e a utilização de serviços de assistência odontológica (BRASIL, 2004b).

Os principais agravos apontados no levantamento epidemiológico de 2003 foram as cáries dentárias não tratadas em crianças e adolescente, enquanto em adultos e idosos estes apresentam médias mais baixas de dentes hígidos, apresentando como maior problema de saúde a perda dentária.

O levantamento epidemiológico em 2003 apresentou progressos metodológicos, englobando a investigação de várias condições não estudadas nos levantamentos anteriores, inclusive de questões subjetivas, assim como o estudo piloto da população idosa e de bebês do Brasil.

Apesar de grandes avanços na saúde bucal pós o SB Brasil 2003, alguns autores criticaram a análise de dados, afirmando não serem válidas as estimativas sobre condições de saúde bucal do povo brasileiro realizadas com pilar no banco de dados gerado.

Narvai e colaboradores citam, em seu artigo “Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003”, que, os autores consideram que os levantamentos de saúde bucal realizados até esta ocasião não geraram um quadro completo sobre a situação do Brasil e que, em consequência, pesquisadores e gestores não podem analisar essas condições nem definir metas programáticas.

Para eles ocorreu manipulação de dados de alguns pesquisadores que publicaram artigos científicos em revistas nacionais e internacionais. Sem perceberem que os resultados não eram inferências estatisticamente válidas para os grupos etários da

população de pesquisa, porque eram referidos e limitados ao grupo estudado (QUEIROZ; PORTELA; VASCONCELOS, 2009).

Segundo Queiroz, Portela e Vasconcelos (2009), mesmo levando em conta uma amostra de mais de 108 mil indivíduos, suas hipóteses não são válidas para a população. Pelo motivo de, entre outros ângulos, não terem sido considerados os pesos amostrais na produção destas estimativas. Sendo assim, as informações colhidas não foram suficientes para a edificação de um quadro abrangente sobre as condições de saúde bucal dos brasileiros.

O ano de 2004 foi decisivo para o rumo das práticas políticas no Brasil, especialmente para as políticas de saúde. Sendo o cenário da PNBS denominada por Brasil Sorridente e da III Conferência de Saúde Bucal.

A complexa situação da saúde bucal dos brasileiros estavam cada vez sendo mais estudada no ponto de vista epidemiológico. A saúde bucal ela deixa de ser avaliada apenas no ponto de vista individual e biológico e passa a ser mais aprofundada quanto as condições sócias econômicas, culturais e políticas (SOUZA et al., 2021).

Como observado nos últimos levantamentos epidemiológicos, houve grandes mudanças nas condições de saúde oral dos brasileiros, porém, ainda é registrado alto índice de cárie não tratada em crianças, permanecendo como o principal problema de saúde bucal e uma importante causa de perda dentária (SOUZA et al., 2021).

Ao longo dos anos, a Odontologia esteve próxima das políticas públicas de saúde. Onde o padrão de auxílio odontológico era focado no atendimento a crianças em idade escolar e urgências, gerando um cenário de difícil acesso e baixo impactos sobre os índices epidemiológico de doenças bucais (SCARPARO et al., 2015).

### 9.3 BRASIL SORRIDENTE

Perante esses resultados, o Governo Federal, em 2004, anunciou uma nova Política Nacional de Saúde Bucal - o Programa Brasil Sorridente. O programa Brasil

Sorridente chegou para transformar o cenário da saúde bucal no Brasil, alterando a odontologia mutiladora e criando medidas que visam a garantia de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, primordial para a saúde geral e qualidade de vida da população.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis. (BRASIL, 2004a, p. 8).

O Programa Brasil Sorridente apresenta como principal objetivo a reorganização da prática em saúde bucal em todos os níveis de atenção, bem como a qualificação das ações e serviços ofertados, por meio de intermédio de ações em saúde bucal voltadas à população de todas as idades, com expansão do acesso ao tratamento odontológico por meio do SUS (BRASIL, 2004a).

Dentre as linhas de ação da PNSB destacam-se a reestruturação da atenção básica em saúde bucal por meio da ESF, a ampliação e a qualificação da “atenção especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias” (SOUZA et al., 2021, p. 2), e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

A base principal do Brasil Sorridente era a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo como conceito de cuidado a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde.

A linha do cuidado implica uma nova orientação do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes, esta linha tem como princípio constitucional a intersetorialidade e, por sua habilidade de resolutividade, possibilita o surgimento de elo, obrigatório para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004a).

4.4. Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras sequelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento (BRASIL, 2004a, p. 7).

A Odontologia na ESF passou a receber maior estímulo a partir da criação do "Brasil Sorridente". Esta política ampliou a capacidade e a qualidade de atendimento odontológico por meio de incentivos globais à ESF, ampliando e qualificando a atenção básica e incluindo insumos odontológicos na farmácia básica (FARIAS; SAMPAIO, 2011).

O Programa Brasil Sorridente foi a primeira Política Nacional de Saúde Bucal imposta no país, a qual trouxe transformações essenciais na rede de organização de serviço, grandes avanços epidemiológicos e resultados impactantes (TAVARES et al., 2020).

Souza et al. (2021) relatam que, a PNSB é implementada de forma diferente em cada capital brasileiras, dessa forma, o modo de condução de suas diretrizes em cada capital favorece o desenvolvimento da oferta de serviços de saúde bucal e de estratégias de promoção da saúde bucal. É importante reforçar que, quanto maior a oferta de serviços públicos de saúde bucal, esta será mais direcionada a promoção em saúde, melhorando os indicadores socioeconômicos, contribuindo para melhorar o perfil de saúde bucal do brasileiro.

#### 9.4 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

O conselho Nacional de Saúde realizou a 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal (3º CNSB) com a proposta de contribuir para a construção de um Plano Nacional de saúde, em que a atenção em saúde bucal deve ser prioridade (BRASIL, 2005).

Art.1º A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, convocada pela Portaria Ministerial nº 318 de 04 de março de 2004 e pela Portaria Ministerial nº 1181 de junho de 2004, tem como objetivo discutir a formulação e a implantação de Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde- SUS nas três esferas de governo, para superar a exclusão e garantir o acesso e a qualidade da assistência prestada à população. (BRASIL, 2004c, p. 1).

O Relatório Final da 3ª CNSB foi aprovado por 883 delegados eleitos para a etapa nacional nas Conferências de Saúde Bucal dos 26 estados e do Distrito Federal. A Conferência ocorreu nos dias 29 de julho até 1 de agosto de 2004. O tema central foi, “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social” apresentado 4 eixos temáticos para debate, sendo eles: “1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal” (BRASIL, 2005, p. 9).

#### **9.4.1 Eixo 1- Educação e Construção da Cidadania**

Os contextos políticos, econômico e social no Brasil impõem transformações, tendo como foco principal a ação pública. Porém, ocorre uma grande incompetência do Estado em relação ao acesso de atendimento no SUS e a qualidade desse atendimento, exigindo nova forma de implantação de políticas públicas que exigem recursos humanos adequados e educação continuada que assegurem os direitos civis e sociais básicos à sociedade (BRASIL, 2005).

Contudo, além das ações de melhoria na ação pública, é importante promover conscientização popular para que se reconheça a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, sendo indispensável utilizar a educação como instrumento formador de consciência e de superação de desigualdade econômica e social, tornando um elemento fundamental na conquista de uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2005).

As desigualdades sociais exercem efeitos desfavoráveis, sendo observados na saúde bucal. Dessa maneira, os benefícios dos programas de saúde bucal apresentam melhor resultado, quanto mais desenvolvida é a região, melhor são as condições de saúde bucal, melhor é a higienização, e os usuários tem melhor acesso aos consultórios odontológicos, e isso se dá devido a maior conscientização popular sobre saúde em geral.

Narvai (2006) relata em seu artigo, “Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade”, que as condições de saúde bucal são uma das principais

causas de exclusão social. Narvai (2006) vai mais além, citando a necessidade de políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso e a responsabilidade pública de todos os segmentos sociais, com o envolvimento das três esferas de governo.

O primeiro eixo da III CNSB, em seu relatório final, propôs alcançar 83 objetivos, no qual foi discutido: rede de proteção social; ampliação da compreensão da saúde bucal; efetivar a integralidade das ações; promover o conhecimento; ampliar o sistema de informação; implementar, nas três esferas de governo, as diretrizes de “Informação, Educação e Comunicação”; organizar e fortalecer os fóruns permanentes; implementar uma política de educação permanente; garantir o cumprimento da Lei n.º 6.050/1974, que prevê a fluoretação da água; garantir a implantação do cartão SUS; melhorar o acesso da população aos serviços odontológicos; entre outros (BRASIL, 2005).

Tavares et al. (2020, p. 130) relatam que, “por fim, como ação fundamental, definiu-se a Educação em Saúde como chave para a conscientização da população acerca do direito à saúde e do próprio potencial como agente participativo de mudança.

Narvai (2006, p. 145) relata que, “espera-se que o direito à saúde e à saúde bucal deixe de ser apenas uma declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros, viabilizando o acesso de todos aos serviços odontológicos de média e alta complexidade”.

#### **9.4.2 Eixo 2 - Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal**

O ponto em destaque no eixo 2 foi que a assistência à saúde bucal é insuficiente e restrita a poucos procedimentos ofertados, não alcançando a real função da promoção em saúde bucal no ESF. Sendo de responsabilidade social a função de fiscalizar os avanços alcançado no SUS e conseqüentemente a inclusão da odontologia no ESF (BRASIL, 2005).

Deste modo, o eixo 2 realizou 50 propostas, no intuito de debater a participação

popular como direito constitucional, sendo por meio dessa participação que a sociedade poderá exercer o seu poder político. Nesse sentido, propõe a estruturação e o fortalecimento do conselho de saúde; fortalecer a gestão participativa em cada instituição do Sistema Único de Saúde; garantir o cumprimento das propostas da CNSB; assegurar a criação e implantação dos Conselhos Locais de Saúde; exigir que a vigilância sanitária fiscalize as leis que regulam o tratamento e a fluoretação da água; criar fóruns regionais de conselhos de saúde; entre outros (BRASIL, 2005).

#### **9.4.3 Eixo 3 - Formação e Trabalho em Saúde Bucal**

A piora na qualidade de serviços, dificuldade nas práticas integrais e diminuição de estudos gerados sobre o sistema eram consequência da falta de debate entre os organismos de gestão e o Ministério da Educação (TAVARES et al., 2020).

A formação em saúde se revelava ineficaz, com um baixo empenho dos trabalhadores em relação ao SUS. Sendo necessário maior articulação dos setores públicos, controle social e uma descentralização das políticas (TAVARES et al., 2020).

O eixo 3 foi dividido em dois subeixos: Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal – que relata que o sistema de ensino não está cumprindo com a formação dos profissionais, comprometendo o SUS e o controle social. Propondo o diagnóstico de alterar o modelo de formação; mudanças no setor educacional; reestruturação das disciplinas universitárias; adequar a qualidade dos cursos de graduação; inclusão da disciplina de Odontologia do Trabalho no curso de graduação em odontologia; entre outros (BRASIL, 2005).

E o segundo subeixo, O Trabalho na Saúde Bucal, relata que a gestão do trabalho e da educação em saúde é uma competência dos gestores do SUS. E que, com passar dos anos, ocorreu uma expansão significativa das equipes de profissionais no ESFs, deixando evidente algumas limitações (BRASIL, 2005).

Em vista disto, viu-se a obrigatoriedade de formular uma política de educação permanente em saúde, considerando as relações de trabalho e educação, a produção de conhecimento e o ensino e controle social no setor de saúde. Propondo a definição uma política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde bucal; garantia e valorização da qualidade do ensino e dos serviços de saúde bucal; implementar uma política de humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário; implementar política de combate à precarização do trabalho odontológico; entre outros (BRASIL, 2005).

#### **9.4.4 Eixo 4 - Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal**

O eixo 4 teve como o primeiro tema a ser discutido o Financiamento em Saúde Bucal, que falou sobre o cenário econômico do Brasil e realizou 48 propostas.

O cenário econômico no Brasil era marcado por políticas econômicas restritas, que priorizavam pagamentos de dívidas externas. Em consequência dessa priorização, levava-se o país para uma escassez de recursos para a consolidação e o avanço do SUS e que repercutia na saúde bucal.

A fundação do Piso de Atenção Básica (PAB) possuía como foco o avanço do modelo de financiamento do SUS, sendo o responsável no progresso da lógica de repasse fundo a fundo com a destinação de recursos às ações e aos serviços básicos no intuito de reduzir a desigualdade na distribuição dos repasses federais pelas regiões do país (BRASIL, 2005).

Porém, o Piso de Atenção Básica Fixo deixava de ser efetivo, não atendendo equitativamente a demanda do país, com isso era necessário o planejamento de medidas que assegurassem um financiamento do SUS mais ágil, flexível e de maior relação com gestores (TAVARES et al., 2020).

Nessa perspectiva foi consolidada a conquista da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, trazendo maior segurança em relação aos recursos destinado ao SUS, onde cada setor, incluindo as três esferas de governo, apresentava o intuito

de constituir a garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção e a busca da equidade (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, concluíram 48 propostas acordadas na concepção de discutir formas de financiamento e modelo de atenção. Promover ação vigorosa no auxílio da retomada do desenvolvimento social econômico, ambientalmente saudável e socialmente justo; regulamentar e cumprir integralmente a Emenda Constitucional nº 29; regulamentar o art. nº 30 da Constituição Federal; incrementar a participação do orçamento público no financiamento do setor Saúde; revisar imediatamente o teto financeiro dos municípios; efetivar as auditorias em todas as esferas de governo; entre outros (BRASIL, 2005).

O segundo tema foi sobre a Organização da Atenção em Saúde Bucal. Onde relata-se que o setor odontológico necessita de novas práticas de saúde bucal, orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolutividade das ações que realiza. Na defesa, o modelo de atenção à saúde bucal que leve em conta a necessidade de cada comunidade e de acordo com o perfil epidemiológico (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, propõe-se reafirmar o princípio de construção do modelo de atenção em saúde, incluindo a saúde bucal; ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido da qualidade de vida; definir a política de humanização da atenção à saúde bucal; ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico, garantindo serviços odontológicos; ampliar as equipes de saúde bucal nos PSF e implantar ações de saúde bucal no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); entre outros (BRASIL, 2005).

Para finalizar a 3ª CNSB é necessário que todos os envolvidos na produção de conhecimento e os gestores levem em consideração, ao definir uma agenda para a saúde bucal coletiva, que esta seja coerente com as necessidades daquelas cujas vontades se expressaram democraticamente na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (NARVAI, 2006).

Muitas foram as conquistas geradas pós a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e a 3º CNSB, o rumo da odontologia brasileira agora se consolida com uma nova formação, com novas estratégias, modificando as ações agora voltadas na prevenção, aumentado o nível de cobertura de atendimentos odontológicos, a população agora é mais consciente sobre a higiene bucal e os cirurgiões dentista lutam por melhores condições de saúde afim de diminuir os índices de CPO-D.

Em decorrência disso, o Ministério da Saúde pretende que a saúde bucal, no âmbito da ESF, amplie o acesso da população às suas ações de saúde, com a devida integração a uma rede de serviços, designado a um sistema de referência e contrarreferência que assegure resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes.

Dessa forma, foram criadas ações que possibilitam mudanças na atenção em saúde bucal por meio de planejamentos que priorizam o atendimento clínico.

Dentre essas ações está a portaria nº 599, de 23 de março de 2006, que “define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento”.

A garantia de atendimento odontológico de urgência e emergência em hospitais com até 30 leitos para aumento da capacitação e eficiência hospitalar.

Art. 4º Estabelecer que, em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente: b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas (BRASIL, 2004d).

No ano de 2007 foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Esta é voltada à todas as faixas etárias da educação pública brasileira, que se unem para promover saúde e educação integral. Instituída pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

O cuidado com a boca e os dentes é um dos pilares do PSE e tem como objetivo desenvolver o autocuidado e minimizar riscos por meio de estratégias individuais e coletivas que contam com a participação de profissionais de educação e de saúde. As ações também contemplam a avaliação bucal e a vigilância sanitária (BRASIL, 2022a).

A Criação, em 2008, do aumento da participação popular e potencialização das Comissões da CNS, com a resolução nº406, de 12 de setembro de 2008.

Art. 1º Na consecução de suas competências, especificamente em relação à atenção em saúde bucal, tornar pública a Comissão Intersetorial de Saúde Bucal -CISB, criada em sua 177ª Reunião Ordinária, de 12 e 13 de setembro de 2007. (BRASIL, 2008b).

Em 2008 teve a 1ª edição da Saúde Bucal - Caderno de Atenção Básica nº 17, que surgiu com a necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde na Atenção Básica como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS (BRASIL, 2008a).

Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal. (BRASIL, 2008, p. 9a).

Houve a criação da residência em Cirurgia Bucomaxilofacial; a ampliação do programa de Fluoretação e vigilância por meio da criação de sistemas fiscais, como os Centros Colaboradores em Vigilância em Saúde Bucal; renomeação do Técnico em Higiene Dental para Técnico em Saúde Bucal junto sua incorporação à Estratégia da Saúde da Família (ESB) CEOs, hospitais, cursos e palestras (TAVARES et al., 2020).

No ano de 2009 foi criado o Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil, que possuía como proposta apresentar as várias formas de utilização de fluoretos, tanto como métodos preventivos de contexto populacional quanto para uso individual, indicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

## 9.5 SB BRASIL 2010

No ano de 2011 foi finalizado o quarto levantamento epidemiológico, nomeado como SB Brasil de 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. No qual foi analisada a

situação da saúde bucal do Brasil com o propósito de proporcionar ao SUS informações pertinentes ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto no âmbito estadual e municipal (VASCONCELOS et al., 2018).

Esta pesquisa contou com a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além do apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2012).

A pesquisa da base amostral contou com 26 capitais estaduais das cinco macrorregiões, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior, de diferentes portes populacionais, sendo examinados 37.519 indivíduos, pertencentes nas idades de 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos. Cerca de 2.000 examinadores do SUS, das três esferas governamentais, foram essenciais no êxito da execução do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012).

Foram realizados exames bucais para avaliar a prevalência e a gravidade das doenças bucais e aplicados questionários para a coleta de dados sobre a condição socioeconômica das populações investigadas, a utilização de serviços odontológicos e a percepção de saúde (BRASIL, 2012).

Sendo avaliados cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão dentária, fluorose, uso e necessidade de prótese, condição socioeconômica e utilização de serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Ao serem avaliados os índices da doença na zona urbana ou rural, foi observado maior índice de prevalência no interior do que nas capitais. Constatando a influência

de fatores socioeconômicos presentes nos quatro levantamentos epidemiológico (86, 96, 2003 e 2010) realizados no Brasil (BRASIL, 2012).

Quanto à cárie, os resultados dos levantamentos mostraram o percentual do CPO-D, sendo demonstrado caráter acumulativo da doença.

Tabela 4 – Percentual de CPO-D SB Brasil 2010

<b>Idade</b>	<b>Nº de Dentes Atacados por Cárie</b>
5 anos	2,43
12 anos	2,07
15 a 19 anos	4,25
35 a 44 anos	16,75
65 a 74 anos	27,53

Fonte: Brasil (2012, p. 39).

Grandes discrepâncias entre regiões, capitais e municípios do interior também são observadas em todas as idades. Porcentagens de CPO-D são sempre menores nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste quando comparados com os das regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2012).

Ao ser analisada a cárie de raiz é observado que os grupos etários com maior índice epidemiológico são de 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos. Nas condições periodontais foram avaliadas as idades de 12, 15, 35 a 44 anos e 65 a 74; aos 12 anos os usuários apresentaram 62,9% de todos os sextantes hígidos sem nenhuma perda dentária, enquanto aos 15 a 19 anos a taxa é 50,9 %, porém, observa-se perda dentária em 1,5% da população. Na faixa etária de 35 a 44 anos dentes hígidos em 17,8% e ainda há, na mesma faixa etária, aumento do número de elementos extraídos (32,3%) e nos idosos de 65 a 74 anos esse índice chega a 4% de hígidos e a 90,5% de perda dentária (BRASIL, 2012).

Com a consequência do grande número de pacientes edêntulos, há a necessidade de prótese nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. O SB -Brasil 2010 evidenciou a redução na necessidade de próteses em 50% para adolescentes e em 70% para adultos, contudo, a reabilitação de idosos mostra-se deficiente pela

carência de tato dos profissionais e indisponibilidade de procedimentos mais complexos, os quais normalmente são de extrema necessidade (TAVARES et al., 2020).

Nos brasileiros, o traumatismo dentário atinge cerca de 20,5% da população. No Brasil, apenas 16,7% apresentavam fluorose dentária na idade de 12 anos. Sendo o segundo país com maior cobertura de flúor no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos (TAVARES et al., 2020).

As informações alcançadas nestes levantamentos colaboraram para a construção de uma resistente base de dados em saúde bucal da população brasileira. Assim, a continuação de estudos de base nacional colabora com a estratégia de vigilância em saúde da PNSB e consolida a institucionalidade dos inquéritos em saúde bucal no país (BRASIL, 2019).

Vasconcelos et al. (2018) relatam que, a cárie dentária e a doença periodontal são as patologias mais prevalentes que acometem a cavidade bucal, mesmo sendo possíveis de serem tratadas com procedimentos considerados simples, como a escovação dentária, controle do consumo de açúcares, o uso adequado do flúor e visitas periódicas ao dentista, a redução da prevalência e da severidade de tais condições ainda se constitui em um desafio em nível populacional.

O Programa Brasil Sorridente, com a referência de atenção à saúde fundamentado na Atenção Primária, foi decisório para o desenvolvimento da diversidade de procedimentos prestados no setor. Apesar da crescente atuação de equipe de ESF atuando na saúde bucal, segundo o SB - Brasil de 2010, o país ainda se encontrava com baixa redução de cárie dentária em dentes decíduos (TAVARES et al., 2020).

A explicação da expressiva prevalência dessa patologia é a sua associação com os fatores socioeconômicos, políticas e acesso aos serviços, bem como é influenciada pela diversidade geográfica (VASCONCELOS et al., 2018).

Percebe-se que as adversidades geográficas colaboram para as patologias bucais, e embora seja notada uma significativa redução da cárie dentária em todo o país, tem

sido observado uma maior prevalência de cárie em grupos de baixa renda, resultando em uma grande desigualdade em saúde.

A condição socioeconômica de uma população pode ser considerada o principal fator que influencia na prevalência e severidade da doença (MOIMAZ et al., 2022).

Vários são os fatores que contribuem para o aumento das desigualdades na distribuição e incidência da cárie, como a dieta rica em açúcares, a desinformação sobre a importância do autocuidado, baixa adesão aos tratamentos preventivos e dificuldade de acesso a serviços odontológicos. As precárias condições de habitação e trabalho. A renda familiar, escolaridade, atividade profissional paterna, posse da habitação e número de habitantes por moradia também são um fator que influencia na ocorrência da cárie dentária.

## 9.6 AVALIAÇÃO DOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Como observado nos levantamentos realizados em 86, 96, 2003 e 2010, a desigualdade social e caráter cumulativo da cárie estavam presentes em todos os estudos. Essa prevalência pode ser justificada em virtude à baixa adesão ao tratamento odontológico na infância, isso devido a interferência de fatores socioeconômicos, como exposto acima.

Doenças orais não tratadas na infância, associadas a fatores da desigualdade social, são os maiores responsáveis por potencializar o risco de cárie com caráter cumulativo na fase adulta. Sendo a perda dos dentes o reflexo das desigualdades sociais, tornando a reabilitação protética uma forma de minimizar os danos estético, mastigatório, fonético e até mesmo psicossocial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda considera que, os efeitos desfavoráveis da doença cárie à saúde são acumulativos desde a infância à fase adulta, mesmo uma pequena diminuição no risco de cárie na infância é considerável para a vida futura (FRANCA, 2016).

Outra análise a ser questionada é a redução do percentual de cárie dentária nos últimos levantamentos epidemiológicos (86, 96, 2003, 2010), notando uma diminuição significativa nos índices epidemiológicos.

Para a avaliação dessa temática foi selecionada a idade de 12 anos, que é uma das referências internacionais para se analisar o CPO-D. Esta idade também foi a única presente em todos os levantamentos, por isso a mesma será utilizada para comparar os resultados relativos à cárie no Brasil.

Tabela 5 –Percentual de CPO-D na idade de 12 anos nos anos

<b>Ano</b>	<b>Nº de Dentes Atacados por Cárie</b>
1986	6,25
1996	3,06
2003	2,8
2010	2,07

Fonte: produzida pela aluna.

Esse declínio de cárie dentária é associado a melhor qualidade de vida, as maiores distribuição e informação à população, ao maior acesso dos usuários aos consultórios odontológicos que foram provenientes a inserção do cirurgião dentista na ESF, o controle do consumo de açúcar, implementação de prevenção e promoção de saúde e a maior cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público, dentifrício e bochechos (MOIMAZ et al., 2022).

A fluoretação da água de abastecimento é uma das estratégias utilizada para diminuir o índice de cárie dentária, em regiões de baixa renda foi esse o método escolhido, sendo o mais acessível a grande parte da população, principalmente a que possui menor acesso a produtos fluoretados ou aplicações tópicas de géis e soluções por profissional, realizadas em consultório odontológico.

Moimaz et al. (2022) destacam a importância da fluoretação na prevenção de cárie dentária como método coletivo, enfatizada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Vasconcelos et al. (2018) relatam que apesar da fluoretação da água de abastecimento ser prevista por lei, ainda há municípios que não aderiram, principalmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, sendo onde é registrado o maior índice de crianças de 5 a 12 anos com cárie.

Outro ponto que auxilia na diminuição dos índices CPO-D é a conscientização familiar sobre os benefícios da boa higiene oral, como também a melhor adequação das práticas alimentares saudáveis, restringindo o consumo de alimentos cariogênicos. Com isso, o processo de educação em saúde pretende que os usuários e seus familiares adquiram autonomia e consciência para adotar melhores condições de hábitos saudáveis, podendo assim, inverter-se o quadro da realidade atualmente encontrada em regiões carentes.

A implantação dos cirurgiões-dentistas na ESF e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, em 2004, também foram as peças-chave dessa melhora nos resultados, já que ambos possuem a meta de intensificação das ações preventivas nas regiões menos favorecidas (VASCONCELOS et al., 2018).

A integração dos dentistas no SUS visa abranger a integralidade do cuidado e aumentar a resolutividade das ações de saúde, criando vínculo com a sociedade, renunciando ao modelo curativista para possuir uma assistência integral centrada na família (MANASSERO; BAVARESCO, 2016).

A inversão de procedimentos registrada no país, com uma menor incidência de ataque de cárie e um melhor acesso aos serviços odontológicos para restaurações, demonstra que a população brasileira, de maneira geral, está desfrutando de maior acesso à serviços da saúde bucal na atenção básica.

De agora em diante, o gerenciamento da assistência odontológica passa a ser voltado a promoção e prevenção da saúde bucal, em vez de estar focado apenas em caráter emergencial. Com isso, a inserção dos odontólogos no SUS proporcionou uma significativa melhora nos índices de saúde bucal do país e na qualidade de vida da população, como pôde ser comprovado na pesquisa SB Brasil 2010 (GAINOUX, 2021).

Constata-se um desenvolvimento benéfico dos índices epidemiológicos no país, mesmo que ainda pouco expressivo. Houve uma maior cobertura para serviços restauradores, constatando-se a evolução favorável nos indicadores de cuidados odontológicos em todo o Brasil, sendo ela mais expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (VASCONCELOS et al., 2018).

#### 9.7 FATOS HISTÓRICOS 2013 A 2020

Tendo em vista o compromisso da política com a integralidade do cuidado e com a APS, a odontologia integra em suas ações programas como a Rede de Cuidados para a Pessoa com Deficiência instituída em 2012, a partir da criação do intitulado CEO na rede pública de saúde. Com o propósito de contribuir para a melhoria nos níveis de saúde e capacitar a equipe de saúde bucal a ampliar o cuidado e reduzir as dificuldades de acesso das pessoas com deficiência aos serviços odontológicos (CONDESSA et al., 2020).

No ano de 2013 e 2016 foi realizado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o foco na indução da expansão do acesso e na melhoria da qualidade da atenção básica. O PMAQ-AB é importante para a saúde pública, pois promove a coleta de informações para o melhor monitoramento das condições de saúde da população, para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas de saúde bucal e, além disso, permite avaliar o impacto das medidas implementadas ao longo do tempo (GONÇALVES et al., 2020).

Em 2016 o Brasil Sorridente lançou o programa Gradua-CEO, que articula os serviços de saúde bucal oferecidos pelas universidades à rede de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (CAYETANO et al., 2019).

Tem o objetivo de ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no SUS; qualificar os serviços de saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia na RAS; integrar as clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia à rede pública de serviços de saúde bucal e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população (BRASIL, s.d).

Chaves et al. (2018), ao falarem sobre a saúde bucal brasileira no período de 2015 a 2017, destacaram que houve importante diminuição da implantação das ESF, e então do financiamento, da cobertura e do acesso à primeira consulta odontológica. De 2015 a 2016 houve redução de 83 equipes de saúde bucal e aumento de 3,6% dos CEOs.

Lucena et al. (2020) em seu artigo “Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017” relatam que, os investimentos no Brasil Sorridente permitiram uma expansão de cerca de 500% no número de ESF, o que permitiu o aumento de 4.261 ESF em 2002 para mais de 25.000 ESF em 2017, resultando em uma cobertura de cerca de 40% da população brasileira.

De janeiro de 2017 a julho de 2019 ocorreu aumento no número de equipes de saúde bucal implantadas no Brasil, este aumento foi de 25.848 para 28.311. Porém, a linha de tendência aponta uma estabilização no quantitativo dessas equipes após janeiro de 2018, indicando assim, perda na amplitude de implantação (LUCENA et al., 2020).

O que observamos é que, embora tenham sido confirmados avanços nos mais de 10 anos do Brasil Sorridente, o contexto político-econômico do Brasil sofreu alterações importantes nos últimos anos. Que foi intensificada com a publicação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou os gastos da saúde e da educação, impactando a longo prazo os investimentos destinados ao setor e atingindo diretamente o Programa Brasil Sorridente.

Essas medidas refletem sobre uma relação vulnerável entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham simultaneamente ao fortalecimento de ideias do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em 2017 ocorreu a revisão da PNAB pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, que determinava a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Trazendo como consequência a não obrigatoriedade da atuação de dentistas, auxiliar ou técnico de saúde bucal, ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) em equipes da atenção básica (LUCENA et al., 2020).

A PNAB 2017 representa um retrocesso no âmbito do SUS, provocando uma desassistência de parte da população e, conseqüentemente uma regressão da qualidade dos serviços na APS, fortalecendo a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais.

De mais a mais, a menor atuação de profissionais de saúde bucal reduzirá a possibilidade de acesso aos serviços, impactando o quadro dos levantamentos epidemiológicos, trazendo, mais uma vez, o acesso restrito da população a saúde bucal e a prática vulgarizada a serviços de urgência com enfoque na exodontia.

De 2016 a 2018, período do Governo Temer, ocorreu a instabilidade política econômica, a qual limitou e congelou os gastos públicos federais até 2036, impactando o financiamento do SUS (SANTOS et al., 2022).

Apesar da instabilidade de verba ocorrida no Governo Temer, aconteceram alguns avanços como: aumento do número de unidades de centros especializados, redução dos indicadores da atenção básica como procedimentos especializados, ocorreu também a redução dos procedimentos endodônticos, o PMAQ-AB criou o indicador de pré-natal odontológico, implantaram o programa Saúde na Hora, com atuação dos dentistas, entre outro (CHAVES et al., 2018).

A prioridade presidencial atribuída à saúde bucal no Governo Lula sofreu redução no Governo Dilma, não existiu no Governo de Michel Temer e foi pouco vista no Governo Bolsonaro. Esses desleixos com a saúde bucal apontaram em mudanças que prejudicaram a ESF, comprometendo as conquistas alcançadas pela Atenção Básica nas últimas décadas (SANTOS et al., 2022).

#### 9.8 SB BRASIL 2020

Em 2019 Bolsonaro cria o Programa Previne Brasil, prevendo mudanças no financiamento da Atenção Básica, porém, ele encerra com os programas do PMAQ-AB e o CEO. Em 2020, com o surto da covid-19, inicialmente houve instrução de suspensão dos serviços de saúde bucal, contudo, o Ministério da Saúde manteve os repasses para possibilitar atendimentos à urgência e emergência no SUS (SANTOS et al., 2022).

No ano de 2020 deveria ter iniciado o 5º Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2020 (vigência 2021-2022), porém, devido a pandemia mundial da covid-19, este foi adiado (BRASIL, 2021).

O projeto SB Brasil 2020 é a continuidade de uma série histórica de informações colhidas nos últimos levantamentos em saúde bucal, iniciado pelo Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986; Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 - Cárie dental; Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2003; Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2010 (BRASIL, 2022b).

O objetivo será avaliar o perfil epidemiológico em saúde bucal, a fim viabilizar ao Ministério de Saúde e as instituições do SUS informações para o planejamento de políticas e ações de programas de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal, nas esferas nacional, estaduais e municipais. Como também manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da PNSB (BRASIL, 2022b).

A coleta da amostra será nas 5 macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), com residentes na zona urbana. Serão avaliados 395 municípios, 26 capitais e o Distrito Federal, sendo examinados 50.800 usuários nas faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos (BRASIL, 2022b).

Serão aplicados questionários e exames bucais para analisar a prevalência das doenças orais, condição socioeconômica, acesso a serviços odontológicos, dor dentária e orofacial, autopercepção e impacto em saúde bucal (BRASIL, 2022b).

Os questionários serão realizados por meio de entrevistas utilizando, um software para entrada de dados, que gerará o banco de dados do projeto. E os exames bucais serão realizados sob luz natural, com o participante bem-posicionado, atendendo às características de cada exame (BRASIL, 2022b).

As condições bucais a serem analisadas são cárie dentária, consequências clínicas da cárie não tratada, condição periodontal, Índice Periodontal Comunitário (CPI), Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP), condição da oclusão dentária, traumatismo dentário, edentulismo e urgência de tratamento.

Com o objetivo de avaliar o perfil demográfico e socioeconômico das famílias, será realizada avaliação de determinantes sociais da saúde e aspectos peculiares em saúde bucal, que possibilitarão melhor compreensão do processo saúde-doença bucal para melhor estruturação da rede de cuidados em saúde bucal. As equipes serão treinadas e calibradas para melhor abordagem dos usuários e para melhor análise dos dados.

O cronograma para a avaliação estava previsto para o ano de 2022, com início em janeiro e possuía como cronograma inicial: organizar o material para a coleta de dados, em fevereiro início da distribuição dos materiais, março início dos treinamentos e coletas de dados, abril a agosto coletas de dados, setembro a outubro análise dos dados coletados e novembro a dezembro apresentação dos resultados e implementação do uso dos dados pela gestão pública (BRASIL, 2022b). Vale ressaltar que a avaliação ainda não possui dados analisados.

## 10 O IMPACTO NA SAÚDE BUCAL: COMO SERÁ A PARTIR DE AGORA?

No ano de 2020, a OMS anunciou a pandemia da covid-19, tornando-se esta um dos maiores impactos de saúde mundialmente, seus sinais e sintomas desencadeiam febre, tosse seca, mialgia, apatia, perda parcial ou total do olfato e alteração ou perda total do paladar (MOURA et al., 2020).

Durante a pandemia, os cirurgiões-dentistas foram classificados como categoria de alto risco devido ao potencial de exposição ao coronavírus. A transmissão de SARS-CoV-2 durante procedimentos clínicos odontológicos pode, portanto, ocorrer pela inalação de aerossóis/gotículas de indivíduos infectados ou pelo contato direto com membranas mucosas, fluidos orais, instrumentos e superfícies contaminadas (FONSECA et al., 2021).

Ocorrendo a suspensão dos tratamentos eletivos odontológicos e a manutenção de atendimentos de urgências pela a nota técnica N° 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS:

2.5.1.1. Recomenda-se a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e manutenção somente dos atendimentos das urgências odontológicas nos estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde - UBS/Unidades de Saúde da Família - USF etc.).

As mudanças na rotina trouxeram um novo cenário, afetando, claramente, a população que se mostrara resistente a nova conduta odontológica. Além do mais, ocasionou importantes mudanças nos hábitos de vida e, principalmente nos hábitos alimentares, incluindo uma dieta rica em sacarose e deficiência na higiene bucal (FELIPE et al., 2022).

A suspensão de consultas odontológicas de caráter eletivo mediante a pandemia propiciou o surgimento e agravamento de condições de saúde bucal, atingindo principalmente o setor público. As ações preventivas e curativas ao serem anuladas desencadearam em descontinuidade dos cuidados odontológicos, ocasionando retrocesso nos indicadores da atenção básica e suspensão de atendimentos, dificultando o acesso ao atendimento odontológico. Provocando aumento da

demanda reprimida, piora nas condições de saúde bucal especialmente de lesões de cárie e problemas periodontais iniciais (SANTOS et al., 2022).

A pandemia favoreceu em impactos importantes na saúde bucal, traduzindo negativamente quanto a manutenção dos hábitos saudáveis na população. Desta forma, faz-se necessário o revigoramento e a expansão das ações de prevenção e assistência da PNSB em resposta a esta demanda (SANTOS et al., 2022).

A covid-19 não paralisou só os atendimentos odontológicos, mas também a efetiva evolução da saúde bucal que já se encontrava estagnada desde o Governo Temer em 2018 e que prosseguiu até o Governo do Bolsonaro.

Paulo Narvai, no Jornal Odonto, em 2017, dedicou um artigo exclusivo para o tema “O fim do Brasil Sorridente?”

No caso do fim do Brasil Sorridente tal como o conhecemos, e que foi reconhecido e aplaudido internacionalmente, a virada fatal na orientação governamental veio com mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB, que desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal. Para isto, o Ministério da Saúde deixou livre a aplicação de recursos transferidos pelo governo federal a esses entes federativos. Aparentemente, isto parece positivo. Mas apenas aparentemente.

No seu artigo, em tom de revolta, Narvai cita que “O blábláblá sobre expansão e consolidação da Atenção Básica” é apenas conversas e mentiras esfarrapadas que tiveram como consequência a demissão de várias equipes de saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro. Em continuação ele relata o absurdo do desvio do financiamento da ESF para a Atenção Básica, já que é grande o risco de recursos públicos da saúde diminuam ainda mais para áreas como a Saúde Bucal.

Ainda em seu texto, Narvai (2017) destaca a necessidade de insistir na política da intervenção da saúde bucal como direito universal e como parte imprescindível para a integralidade do cuidado em saúde, em contraponto aos interesses corporativistas. Conselho Nacionais e regionais de Odontologia também se mostraram contra a proposta, relatando que é inaceitável que equipes de saúde bucal sejam excluídas da ESF.

Foi apresentada uma nota durante a 7ª reunião extraordinária da CIT, em Brasília, onde o então conselheiro Harildo Déda relata que: “Entendemos se tratar não apenas de um enorme retrocesso, mas também um ataque aos direitos sociais e ao modelo assistencial da Estratégia de saúde da Família” (CRO-SE, 2017, s.p).

Atualmente, o país passa por um processo de reestruturação política. Após o impeachment da Presidenta Dilma, os dois governos seguintes submeteram o país a um retrocesso em direitos nas mais diversas esferas, isso inclui a área da saúde, em especial o SUS, que sofreu diversos cortes de verba.

Conquanto, em 2022 o país elegeu um novo presidente, o qual firmou compromisso com a reestruturação das políticas públicas, em especial a educação e a saúde. Com isto, no dia 08 de maio de 2023 o então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva relançou, durante cerimônia no Palácio do Planalto, o programa Brasil Sorridente, de acordo com o governo, a ação vai garantir acesso universal, justo e contínuo aos serviços (ANDRADE, 2023).

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde bucal no Brasil foi minuciosamente estruturada e qualificada em prol da melhoria da qualidade de saúde dos brasileiros. Desde a consolidação do SUS e a implantação da odontologia no ESF, o Brasil vem evoluindo, buscando aprimoramento de saúde através de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

Inúmeros são os esforços realizados na trajetória de implantação do SUS. As políticas direcionadas para o fortalecimento da ESF permitiram a consolidação das diretrizes do SUS, favorecendo a implementações de Políticas Nacionais de Saúde que desenvolveram importantes ações de saúde nos territórios.

Com foco no princípio da integralidade, o Programa Brasil Sorridente veio dar acesso a milhões de brasileiros a serviços odontológicos de forma gratuita no SUS. O Programa foi marco na odontologia brasileira, sendo o principal responsável por importantes avanços na saúde bucal, como a melhora em relação aos serviços de promoção e prevenção de saúde bucal, as mudanças de hábitos dos cirurgiões dentistas e a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

O progresso da saúde bucal no SUS, na percepção do atendimento universal, e da elevação da expectativa de vida são princípios que contribuem para o aumento da diversidade de pacientes que procuram os serviços de saúde. Em vista disto, a realização do acompanhamento da PNSB tem colaborado para análise das transformações, rupturas, continuidades e novas inserções na resposta estatal às necessidades de saúde bucal da população brasileira.

Durante a trajetória da odontologia foi observado que a melhora nos resultados presente no levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2010 no Brasil foi fruto da transformação da política de saúde bucal com a implantação do Brasil Sorridente e dos avanços em saúde.

O Brasil então progrediu do cenário de “país dos banguelas”, por seu perfil mutilador até o final do século XX, para a redução da patologia da cárie dentária e melhoras nos índices dos levantamentos epidemiológicos. Para uma reincidência significativa

no século XXI que desestabilizou a estrutura da saúde pública e em consequência da saúde bucal.

A situação da saúde bucal após a PNAB 2017 sinaliza a preocupação de que esta medida possa causar declínio no modelo organizacional da Atenção Básica e, ainda, possível perda de recursos para outras configurações, devido ao contexto de retração do financiamento da saúde.

Tendo em vista as condições de saúde bucal dos brasileiros e a baixa cobertura de saúde bucal no país, fazem-se necessárias políticas públicas que fortaleçam o Brasil Sorridente e a Política Nacional de Atenção Básica, visando a integralidade do cuidado, de modo a impactar positivamente a ampliação da oferta e a qualificação do processo de trabalho dos serviços de saúde bucal na APS.

Com isso será necessário revigorar o compromisso dos formuladores de políticas, traçando objetivos claros e estratégias transparentes em evidências científicas para que os resultados sejam alcançados.

Os próximos anos a saúde bucal vai vivenciar momentos de muitas incertezas, onde será necessário se reerguer e reformular ações baseando-se no território, pensando na união entre prevenção, atenção e promoção de saúde. Reorganizando o processo de trabalho, onde o profissional será responsável por discutir ações e metas que sejam prioritárias do território.

De agora em diante esperamos a nova fase da odontologia que está em construção. Com o resultado do SB Brasil 2020 e o relançamento do Brasil Sorridente prevemos uma melhora na saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. Brasil Sorridente: Lula sanciona política de saúde bucal no SUS. **Correio braziliense** – Estado de Minas, 8 de maio de 2023. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/05/08/interna\\_politica,1491071/brasil-sorridente-lula-sanciona-politica-de-saude-bucal-no-sus.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/05/08/interna_politica,1491071/brasil-sorridente-lula-sanciona-politica-de-saude-bucal-no-sus.shtml). Acesso em: 16 maio 2023.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 4.600, de 30 de maio de 1929**. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1929/decreto-460030.05.1929.html>. Acesso em: 28 maio 2023.

BARBOSA, S. N. **Responsabilidade social e saúde** – estudo de caso sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. 2015. 171 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2015.

BARBOSA, S. N. et al. A construção do direito à saúde bucal no Brasil em perspectiva bioética. **Revista Brasileira Bioética**, v. 14, e. 12, p. 1-15, 2018.

BLEICHER, L.; BLEICHER, T. Modelos de atenção à saúde bucal. In: BLEICHER, L.; BLEICHER, T. (org.) **Saúde para todos, já!** [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 84-101. ISBN 978-85-232-2005-1.

BLEICHER, L.; FROTA, F. H. S. Fluoretação da água: uma questão de política pública – o caso do Estado do Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 71-78, 2006.

BRASIL. Presidência da República Secretária-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Alvará, de 7 de janeiro de 1809**. Abole a Junta do Proto-Medicato e devolve a sua jurisdição ao Physico-mór e Cirurgião-mór. Dado no Palacio do Rio de Janeiro em 7 de Janeiro de 1809. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/alvara/alv-7-1-1809.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/alvara/alv-7-1-1809.htm). Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884**. Dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9311-25-outubro-1884-545070-publicacaooriginal-56989-pe.html>. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Decreto nº 20.862, de 28 de dezembro de 1931**. Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 1931. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20862-28-dezembro-1931-505779-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=DECRETA%3A,satisfizerem%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20do%20art.> Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966.** Regula o exercício da Odontologia. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5081.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm). Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. **Anais da VII Conferência Nacional de Saúde.** Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p. Brasília 24 a 28 de março de 1980. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_anais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf). Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.** Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 28 maio 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Nacional de Serviços Públicos. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1086.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Pág. 01-137. 1988a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. 1988b.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final.** Brasília, 1993. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/2\\_conf\\_saudebucal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/2_conf_saudebucal.pdf). Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf> acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de saúde Bucal.** Brasília, DF, janeiro de 2004. 2004a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em: 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003 – Resultados Principais**. Brasília, 2004 Pag. 01-52. 2004b.

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 2004c. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Saude\\_bucal\\_III/regimento\\_3\\_conferencia\\_saude\\_bucal.pdf](https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Saude_bucal_III/regimento_3_conferencia_saude_bucal.pdf) acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1044/GM/MS, de 01 de junho de 2004**. 2004d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13158.html> Acesso em: 29 de mar. 2023.

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. P. 01-148. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_bucal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf). Acesso em: 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 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. 2006a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html). Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Saúde Bucal**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). 2008a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução nº 406, de 12 de setembro de 2008**. 2008 b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2008/res0406\\_12\\_09\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2008/res0406_12_09_2008.html). Acesso em: 7 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

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. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **SB Brasil 2020 pesquisa nacional de saúde bucal: Projeto técnico**. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/sbbrasil2020>. Acesso em: 28 maio

2023.

BRASIL. **Nota técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS**. Assunto - covid-19 e atendimento odontológico no sus. Disponível em: <https://site.crosp.org.br/uploads/arquivo/295c9c14409db20cb63c862bb07ce0e4.pdf>. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. **SB Brasil 2020 (vigência 2021-2022)**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/sbbrasil2020#collapse1>. Acesso em: 11 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 92 p. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola e atenção odontológica são temas de webinários em agosto. **Gov.br**, 4 de agosto de 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/18336>. Acesso em: 29 maio 2023.

CABRAL, D. Físico-mor/ Fisicatura-Mor do reino, Estado e Domínios Ultramarinos. **Memória da administração pública Brasileira**, 10 de novembro de 2016. <http://mapa.arquivonacional.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/182-fisico-mor-fisicatura-mor-do-reino-estado-e-dominios-ultramarinos> Acesso em: 12 fev. 2023.

CARVALHO, L. A. C. et al. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 490-499, 2009.

CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. **Univ Odontol.**, v. 38, n. 80, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, setembro/dezembro 2007

CHAVES, M. M. Odontologia Sanitária. **Publicaciones científicas**, n. 63, Julio de 1962.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 76-91, outubro 2018.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, maio 2007.

CONDESSA, A. M. et al. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n.5, 2020, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679->

49742020000500001

COSTA, N. do R.; BARROS, P. L.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Ano 50, n. 3, p. 32-55 Jul-Set 1999.

COSTA, R. C. R. Descentralização, Financiamento e Regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de sociologia e política**, n. 18, p. 49-71 jun. 2002.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.

CRESCENTE, L. G.; GEHRKE, G. H.; SANTOS, C. M. Mudanças da prevalência de dentes permanentes cariados no Brasil e em países de renda média-alta nos anos 1990 e 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1181-1190, 2022.

CRO-SE. CFO e CRO-SE combatem mudança na PNAB que desobriga presença de dentista na equipe. **Conselho Regional de Odontologia de Sergipe**, 14 de agosto de 2017. Disponível em: <https://crose.org.br/noticia/186/cfo-e-cro-se-combatem-mudanca-na-pnab-que-desobriga-presenca-de-dentista-na-equipe>. Acesso em: 19 maio 2023.

DATASUS. Tecnologia de Informações a Serviço do SUS. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 - Cárie Dental**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm> acesso em: 29 abr. 2023.

ERCOLE, F. F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18 n. 1, Jan./Mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Rev. gaúch. odontol.** (Online), Porto Alegre, v. 59, n.1, jan./Mar. 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária a Saúde: histórico e perspectivas**. 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39171/Modelos%20de%20Aten%E7%E3o%20%20Aten%E7%E3o%20Prim%E1ria%20%E0%20Sa%FAde.pdf;jsessionid=node010mcqoaa0esv217pybm1fz8uq1336132.node0?sequence=2>. Acesso em: 28 maio 2023.

FELIPE, L. P. et al. Impactos da pandemia covid-19 nos cuidados e na saúde bucal infantil na perspectiva dos pais. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 96, n. 38, e-021247, 2022. DOI: 10.31011

FERNANDES, A. H. **História da Odontologia nos 500 anos Brasil**. Associação dos Cirurgiões Dentistas da Baixada Santista – ACDBS. Setembro/1999. Disponível em: <https://acdbS.webnode.page/museu/historia-da-odontologia-nos-500-anos-brasil/>. Acesso em: 28 maio 2023.

FERNANDES, G. F. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde**. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FERREIRA, N.P. FERREIRA, A. P.; FREIRE, M. C. M. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. **Rev Odontol UNESP**, v. 42, n. 4, p. 304-209, 2013.

FINKLER, M. et al. A relação público-privado na odontologia brasileira. **R. Saúde Pública**, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul. 2009.

FONSECA, L. C. et al. Atualização de fluxo de atendimento odontológico frente a pandemia da covid-19 no município de Atílio Vivácqua do Espírito Santo, Brasil. IN: ENTIS, 2, 2021, Manaus. **Anais... Manaus (AM): UFAM**, 2021. DOI: 10.29327/150411.2-2

FRANCA, S. Açúcar x cárie e outras doenças: um contexto mais amplo. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** [online], v. 70, n. 1, p. 06-11, 2016.

FRAZÃO, P.; NARVAL, P.E. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por urna política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan. abr. 2009.

FREITAS, B. C.; QUELUZ, D. P. A judicialização de demandas odontológicas e o direito à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 739-748, jul-set 2020.

GAIGNOUX, L. G. P. A atuação da equipe de saúde bucal no SUS: revisão de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 07, v. 09, p. 87-98. Julho de 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/bucal-no-sus>. Acesso em: 28 maio 2023.

GARRAFA, V. **8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final**. Brasília, DF: [sem editora] 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio1conferenciacionaldesaudebnucal.pdf>. Acesso em: 28 maio 2023.

GONÇALVES, K. F. et al. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 519-532, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.05342018

GOYA, S. **O modelo de implementação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Maringá – PR**. 2007. 479 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, 2007.

GUERTIN, E. **Alguns avisos sobre a conservação dos dentes e sua substituição**. National Library of Medicine. Rio de Janeiro: Plancher-Seignot, 1829.

GUIMARÃES, L. O. C.; GUIMARÃES, A. M. R. Simplificação do índice CPO dos 18 aos 25 anos. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 24, p. 407-11, 1990.

HGD. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 34, n. 1, 1981. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nCFnDCvRT5TZqRNKkdbhm3N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2023.

JESUS, D. M. Ensino de odontologia na América do século XIX. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 9, 2017, João Pessoa. **Anais Eletrônicos....** Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, p. 6713- 6723 15 a 18 de agosto de 2017.

JÚNIOR, S. C.; SILVA, M. N.; MEOHAS, E. Os 20 Anos do SUS e a Odontologia do Trabalho. **Cadernos UniFOA**, edição nº 12, p. 55-62, abril/2010.

LIMA, R. C. G. S. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 015-025, 2017mai-ago. 2017.

LUCENA, E. H. G. et al. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública**. v. 54, n. 99, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075>

MAIA, L. M. **Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais**. 2018. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MARTINO, L. V. S.; BOTAZZO, C.; ZILBOVICIUS, C. Os caminhos públicos da odontologia paulista no início do século XX. **Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan**, v. 1, p. 141-156, jan-jul 2010.

MARTINS, R. S. **Especialização em saúde da família: modelos assistenciais em saúde bucal**. 2011. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, Minas Gerais, 2011.

MARTINS, E. A.; ALBUQUERQUE, N. M. O povo na democracia como sujeito político jurídico da Constituição de 88: Centralidade dos direitos e garantias fundamentais na relegitimação do poder do Estado no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 118, p. 151-189 | jan./jun. 2019.

MARTINS, Y. V. M.; DIAS, J. L. N.; LIMA, I. P. C. Evolução da prática odontológica brasileira: revisão da literatura. **Revista Nova Esperança**, v. 16, n. 3, p. 83-90, 2018.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. **Unimontes científica**, Montes Claros, v. 7, n. 1 - jan./jun. 2005.

MARTINS, N. A. et al. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 24-33, 2014.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, p. 433-46, 1973.

MATOS, E. M. O. et al. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p.4383-4395may./jun. 2020.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Artigo Ciência Saúde Coletiva**, v. 19, n. 02, fev. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>

MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, Out/dez, 1986.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Fluoridation from public water supplies in a city with different sources of capture. **Rev Odontol UNESP**, v. 40, n. 5, p. 203-207, 2011.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Prevalência de Cárie Dentária aos 12 Anos: A Importância da Fluoretação e da Tradição em Levantamentos. **Arch Health Invest**, v. 11, n. 1, p. 82-88, 2022. DOI: <http://doi.org/10.21270/archi.v11i1.5321>

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601

MOURA, J. F. S. et al. COVID-19: A odontologia frente à pandemia. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 7276-7285, jul./aug. 2020.

NARVAI, P. C. Brasil, 500 anos: país dos banguelas? Tradução. **Jornal da USP**, São Paulo, 2000, p. 2.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-7, 2006.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1039>

NARVAI, P. C. O fim do Brasil Sorridente? **Jornal Odonto Brasil**, n. 238, 17 ago. 2017. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm> acesso em: 19 maio 2023.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.;

KRIGER, L. MOY´SES, S. J. (orgs). **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. 2008. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

OLIVEIRA, J. L. C. **Atenção odontológica no Programa Saúde da Família (PSF) de Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação**: a visão dos atores sociais envolvidos. 2003. 145 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, São Paulo, 2003.

ORIANI, A. P. Orientação e inspeção bucodentária nas escolas primárias do estado de São Paulo (1911-1917). **Revista História da Educação** (Online), v. 25, e108245, p. 01-25, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-3459/108245>

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, p. 167-183. 1986.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIVA, C. H.; FREITAS, G. C. Entre Alma-Ata e a reforma sanitária brasileira: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), 1979-1983. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.527-579, abr.-jun. 2021.

PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. **História e Perspectivas**, Uberlândia, n. 47, p. 147-173, jul./dez. 2012.

PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e sociedade**, v. 2, p. 25-40, 1993.

QUEIROZ, M. G. **O ensino da odontologia no Brasil: concepções e agentes**. 2006. 370 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2006.

QUEIROZ, M. G.; DOURADO, L. F. O ensino da odontologia no Brasil: uma leitura com base nas recomendações e nos encontros internacionais da década de 1960. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1011-1026, out.-dez. 2009.

QUEIROZ, R. C. S.; PORTELA, M. C.; VASCONCELOS, M. T. L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 47-58, jan. 2009.

REIS, Jr. A. O Primeiro a Utilizar Anestesia em Cirurgia Não Foi um Dentista. Foi o Médico Crawford Williamson Long. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 56, n. 3, p. 304-324, 2006.

REZENDE, M. R.; MELLO, R. V. Perda precoce de dentes decíduos. **Cadernos de odontologia do unifeso**, v. 4, n. 2, 2022.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 105-114, 2006.

RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M.I.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, Sup:S58-S68, 2012.

ROSA, T. C.S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F. L. A Constituição de 1988 e as Políticas Públicas em Saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 2012.

ROSENTHAL, E. **História da Odontologia no Brasil**. 1995. Disponível em: [http://www.soergs.com.br/index.php?cd=217&descricao=historia\\_da\\_odontologia\\_no\\_brasil](http://www.soergs.com.br/index.php?cd=217&descricao=historia_da_odontologia_no_brasil). Acesso em: 28 maio 2023.

ROSSI, T. R. A. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018. 222 p.

SALGADO, T. S. Os Barbeiros-Sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). **Revista História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, n. 2, p. 349-72, Jul.-Oct. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200005>

SANTOS, D. A. Aproximações à medicina monástica em Portugal na Idade Média. **História**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 47-64, jan/jun 2012.

SANTOS, L. P. S. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1775-1587, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232023285.14002022.

SCARPARO, A. et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415.

SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia Clín.-Científ.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 7-11, jan/mar., 2007.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E.H. Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: Um resgate histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, p. 28-39 jul./dez. 2013,

SOBRINHO, J.E.; MARTELLI, P. J. **Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política**. **Univ Odontol.**, v. 38, n. 80, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.sbba>

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) – Universidade do Estado do Rio de

Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, (esp)., p. 765-70, 2007.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

SOUZA, G. C. A. et al. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 12, e00320720, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00320720

SPEZZIA S; CARVALHEIRO EM; TRINDADE LL. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 72, n.1-2, /Jun. 2015.

SUCUPIRA, A. C. S. L. et al. Documento apresentado pelo CEBES - Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal- outubro de 1979. **Revista do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde**, n. 9, 1980. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=SaudeDebate&pagfis=3110>. Acesso em: 28 maio 2023.

TAVARES, S. S. et al. O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v 14, n. 1, p. 127-142, mar. 2020. Epub Mai/2020.

TOSTES, V. **Odontologia no Brasil Colonial**. 2012. Disponível em: <http://odontologia-na-historia.blogspot.com/2012/03/>. Acesso em: 23 maio 2023.

VASCONCELOS, F. G. G. et al. Evolução dos Índices CEO-D/CPO-D e de Cuidados Odontológicos em Crianças e Adolescentes com Base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 333-340. DOI:10.4034/RBCS.2018.22.04.06

VICENTE, A. I. D. **História da saúde pública no Brasil: a participação popular na "8ª Conferência Nacional de Saúde"**. 2019. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Pernambuco, 2019.

WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.181-195, jan.-mar. 2012.