

SAÚDE BUCAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DO PERÍODO DE 1950 A 2019*Hannah Gil de Farias Moraes^a*<https://orcid.org/0000-0003-3488-3465>*Joyce Magalhães de Barros^b*<https://orcid.org/0000-0001-5654-3766>*Weslay Rodrigues da Silva^c*<https://orcid.org/0000-0002-0430-4656>*André Azevedo dos Santos^d*<https://orcid.org/0000-0002-8456-8394>*Maria Helena Rodrigues Galvão^e*<https://orcid.org/0000-0003-1344-2863>**Resumo**

A trajetória das políticas públicas de saúde bucal no Brasil foi historicamente caracterizada como um longo processo de rupturas e continuidades. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre os modelos assistenciais e políticas públicas de saúde bucal no Brasil desenvolvidas ao longo do período de 1950 a 2019. Desenvolveu-se mediante o método qualitativo, consistindo em uma revisão integrativa da literatura. O tema abordado baseou-se em evidências bibliográficas e documentos públicos produzidos por setores estratégicos do governo. Os primeiros modelos assistenciais em saúde bucal implementados no Brasil se configuravam como excludentes, elitistas, mutiladores e pouco resolutivos. Apenas em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), incluindo, em 2001, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Diante da falta de uma política nacional efetiva para a saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB),

^a Cirurgiã-dentista. Mestre em Ciências Odontológicas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: hannah_gil@hotmail.com

^b Cirurgiã-dentista. Mestre em Ciências Odontológicas. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: joycemagalhaesb@hotmail.com

^c Cirurgião-dentista. Mestre em Ciências Odontológicas. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: weslayrodriguesilva@gmail.com

^d Cirurgião-dentista. Mestre em Ciências Odontológicas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: andreaezevedojs@gmail.com

^e Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva. Bolsista Capes. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: mhrgalvao@gmail.com

Endereço para correspondência: Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho, n. 1787, Lagoa Nova. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. CEP: 59056-000. E-mail: hannah_gil@hotmail.com

conhecida como Brasil Sorridente, foi criada em 2004, e em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada. Ao ser revisada em 2017, a equipe de saúde bucal foi excluída da equipe multiprofissional mínima. O cenário histórico da saúde bucal no Brasil é caracterizado por dois momentos distintos, em que inicialmente houve evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal, seguido pela exclusão da saúde bucal no contexto de saúde da família.

Palavras-chave: Saúde bucal. Políticas públicas de saúde. Modelos de assistência à saúde. Programas nacionais de saúde.

ORAL HEALTH IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW FROM 1950 TO 2019

Abstract

The trajectory of public oral health policies in Brazil has historically been characterized as a long rupture and continuities process. This study aimed at conducting an integrative literature review on care models and public oral health policies in Brazil from 1950 to 2019. It was developed through the qualitative method, consisting of an integrative literature review. The theme approached was based on bibliographic evidence and public documents produced by strategic sectors government. The first models of oral health care implemented in Brazil represented exclusionary, elitist, mutilating, and poorly resolving models. Only in 1994, the Brazilian Ministry of Health created the Family Health Program (FHP), including in 2001 the Oral Health Teams (OHT) in Family Health Strategy (FHS). In the absence of an effective national oral health policy, National Oral Health Policy (NOHP), known as *Brasil Sorridente* (Smiling Brazil), was created in 2004. In 2011, the National Primary Care Policy (NPCP) was approved. When revised in 2017, the oral health team was excluded from the minimum multi-professional team. The historical scenario of oral health in Brazil is characterized by two distinct moments. Initially, there was an evolution of care models in oral health, followed by exclusion of oral health in the context of family health.

Keywords: Oral health. Public health policies. Healthcare Models. National health programs.

SALUD ORAL EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA EN EL PERÍODO DE 1950 A 2019

Resumen

La trayectoria de las políticas públicas de salud oral en Brasil se ha caracterizado históricamente como un largo proceso de rupturas y continuidades. Este estudio tuvo como objetivo realizar una revisión integradora de la literatura sobre modelos de atención y políticas públicas

de salud oral desarrolladas en Brasil desde 1950 hasta 2019. Se utilizó el método cualitativo, que consiste en una revisión integradora de la literatura. El tema abordado se basó en evidencia bibliográfica y documentos públicos producidos por sectores estratégicos del gobierno. Los primeros modelos de atención de salud oral implementados en Brasil representaban modelos excluyentes, elitistas, mutiladores y de baja resolución. Solo en 1994 el Ministerio de Salud creó el Programa de Salud Familiar (PSF), que incluyó en 2001 los Equipos de Salud Oral (ESO) en la Estrategia de Salud Familiar (ESF). En ausencia de una política nacional efectiva de salud oral, la Política Nacional de Salud Oral (PNSB), conocida como Brasil Sorridente, se creó en 2004; y en 2011 se aprobó la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB). Cuando se revisó en 2017, el equipo de salud oral fue excluido del equipo mínimo multiprofesional. El escenario histórico de la salud oral en Brasil se caracteriza por dos momentos distintos, inicialmente hubo una evolución de los modelos de atención en salud oral, seguido de la exclusión de la salud oral en el contexto de la salud familiar.

Palabras clave: Salud oral. Políticas públicas de salud. Modelos de atención de salud. Programas nacionales de salud.

INTRODUÇÃO

As necessidades de saúde pública e as prioridades político-partidárias não estão necessariamente alinhadas¹. A implementação de ações e serviços públicos de saúde bucal como prioridade política global ainda é baixa, resultado de um conjunto de questões complexas, com intensa falta de aderência dos profissionais da odontologia, bem como falta de consenso para se estabelecer soluções para os problemas de saúde pública existentes².

No cenário brasileiro, a trajetória das políticas públicas de saúde bucal foi historicamente caracterizada como um longo processo de rupturas e continuidades, marcada pela ausência de ações integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas bucais da população. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998, cerca de 30 milhões de brasileiros não foram sequer uma única vez ao dentista durante a vida³. Somando-se a isso, um estudo do Ministério da Saúde identificou que 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dentes, 20% dos brasileiros não possuem nenhum dente e 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista^{4,5}.

É nítida a constatação de que o problemático contexto histórico da saúde bucal no Brasil não pôde caminhar junto com a saúde pública, desenvolvendo-se de forma tardia e lenta e se consolidando como uma ciência excludente e inacessível. Na literatura, há carência

de trabalhos que envolvam uma completa consolidação dos principais modelos assistenciais antes e após a incorporação da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF), de forma a elucidar a importância desse serviço no Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, o presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre os modelos assistenciais e políticas públicas de saúde bucal no Brasil desenvolvidas ao longo do período de 1950 a 2019, buscando empoderar o cirurgião-dentista sobre o tema.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido mediante o uso do método qualitativo, consistindo em uma revisão integrativa da literatura sobre modelos assistenciais, políticas públicas, resoluções e leis desenvolvidas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil ao longo do período de 1950 a 2019, com o intuito de resgatar as primeiras formas de inclusão da odontologia na saúde pública do país. A pergunta norteadora da presente revisão integrativa foi: “Como se deu o avanço na ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil nas últimas décadas?”.

O processo dividiu-se em duas etapas. Inicialmente, uma busca independente foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, e manualmente, em artigos e livros clássicos da área. Para isso, utilizou-se os seguintes descritores: saúde bucal, políticas públicas de saúde, programas nacionais de saúde e modelos de assistência à saúde. Nessa busca primária, foram encontrados 134 artigos. Posteriormente, foi realizada a análise do material por dois avaliadores, os quais excluíram 119 documentos após a leitura do título e resumo, uma vez que não eram relevantes para os propósitos desta revisão integrativa. Logo, foram incluídos no presente estudo 15 artigos científicos, além de 3 capítulos de livros, 2 dissertações de mestrado e 1 tese de doutorado de relevância para o tema estudado (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Resultados encontrados de acordo com autor, ano e tipo de documento.

Natal, Rio Grande do Norte – 2021

(continua)

AUTOR	ANO	TIPO DE DOCUMENTO
Corrêa, AP	1985	Dissertação (mestrado)
Mendes, EV	1988	Capítulo de livro – Organização Mundial de Saúde
Walter, LRF	1991	Artigo científico
Garbelini ML, Gutierrez MC	1991	Artigo científico
Ministério da Saúde	1993	Documento público – relatório final: Conferência Nacional de Saúde Bucal
Narvai PC.	1994	Artigo científico
Zanetti CHG et al.	1996	Artigo científico
Bönecker MJS et al.	2000	Artigo científico
Ministério da Saúde	2000	Documento público – Portaria n.º 1.444

Quadro 1 – Resultados encontrados de acordo com autor, ano e tipo de documento.
Natal, Rio Grande do Norte – 2021

(conclusão)

AUTOR	ANO	TIPO DE DOCUMENTO
Ministério da Saúde	2001	Documento público – Portaria n.º 267
Souza DJ et al.	2001	Artigo científico
Barros AJD, Bertoldi AD	2002	Artigo científico
Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS	2003	Artigo científico
Ministério da Saúde	2003	Documento público – Projeto SB Brasil 2003
Pereira AC	2003	Artigo científico
Ministério da Saúde	2004	Documento público – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
Volpato LER, Figueiredo AF	2005	Artigo científico
Oliveira J-LC, Saliba NA	2005	Artigo científico
Ministério da Saúde Ministério da Educação	2007	Documento público – Programa nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Nickel DA, Lima FG, Silva BB	2008	Capítulo de livro – Caderno de Saúde Pública
Fischer TK	2008	Dissertação – mestrado
Ministério da Saúde	2011	Documento público – Portaria n.º 2.388
Ministério da Saúde	2011	Documento público – Política Nacional Brasil Sorridente
Benzian H et al.	2011	Artigo científico
Ferreira EB, Abreu TQ, Oliveira AEF	2011	Artigo científico
Gigante EC, Guimarães JP	2013	Capítulo de livro – Caderno Saúde e Desenvolvimento
Soares CLMS	2014	Tese – doutorado
Mattos GCM et al.	2015	Artigo científico
Fertonani HP et al.	2015	Artigo científico
Ministério da Saúde	2017	Documento público – Portaria n.º 2.436
Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG	2018	Artigo científico
Ministério da Saúde	2019	Documento público – Portaria nº. 18

Fonte: Elaboração própria.

Os critérios de inclusão consistiram em artigos publicados em inglês e português que apresentassem seus textos na íntegra, utilizando as seguintes palavras-chave: saúde bucal, políticas públicas de saúde, programas nacionais de saúde e modelos de assistência à saúde. Como critério de exclusão, adotou-se estudos cujo resumo não condizia com os objetivos do presente artigo.

Além disso, foram utilizados como fontes de dados os principais documentos produzidos por setores estratégicos do governo disponíveis em sites e publicações da área odontológica, como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (Sala de Gestão Estratégica e DATASUS) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). No total, foram incluídos dez documentos públicos, entre portarias, relatórios, políticas e diretrizes (**Quadro 1**).

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, possibilitando aos pesquisadores avaliarem a qualidade das evidências e, em momento posterior, a construção de uma revisão integrativa, de forma a fornecer subsídios que ajudarão na compreensão de cirurgiões-dentistas acerca da evolução da saúde bucal no Brasil, seus avanços e desafios futuros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do período de 1950 a 2019, foram identificados dois momentos distintos da trajetória dos serviços odontológicos no Brasil: o primeiro, no qual se observam os primeiros passos da atenção odontológica nos serviços públicos de saúde, e o segundo, marcado pela inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde.

PERÍODO INICIAL: PRIMEIROS PASSOS DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Durante anos, a odontologia foi negligenciada pela ausência de políticas públicas no Brasil. O acesso difícil e limitado e a demora na procura por atendimento, somados aos poucos serviços odontológicos oferecidos, resultavam na exodontia como principal tratamento oferecido pela rede pública, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e da atuação restritivamente clínica do cirurgião-dentista⁶.

No que se refere à saúde pública, a odontologia brasileira emergiu no início da década de 1950. Em 1951, o órgão então denominado Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), financiado pelo governo norte-americano, instalou a Seção de Odontologia⁷. Na época, o Sistema Incremental era o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país, surgido como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema privado de livre demanda, utilizado pela odontologia nas décadas anteriores⁸.

O primeiro município a implantar o modelo incremental foi Aimorés, no estado de Minas Gerais, ainda na década de 1950. Esse modelo incorporava equipamentos de baixa densidade tecnológica, atrelados à utilização de pessoal auxiliar na prestação de cuidados dirigidos ao “grupo epidemiologicamente mais vulnerável” (crianças na faixa etária de 6 a 14 anos)⁹. A escolha dessa faixa etária se deu por haver nela uma maior incidência de cárie com lesões em fase inicial e por dispor de um grupo, na maioria das vezes, constante para atendimento.

Zaneti et al.⁸ resumem o Sistema Incremental como um modelo intensivo e curativo, apoiado pobremente em uma metodologia preventiva-educativa, que tenta resolver em curto espaço de tempo problemas acumulados em uma pequena parcela populacional, perpetuando uma assistência individual e curativa, de baixo impacto epidemiológico^{6,10}.

Apesar das críticas, o modelo incremental teve sua importância na odontologia, uma vez que foi um marco da programação do serviço público odontológico, quebrando a hegemonia da livre demanda dos consultórios⁷.

Nos anos 1970, surge a Odontologia Simplificada, podendo também ser encontrada na literatura como odontologia comunitária⁶. Esse sistema visava tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos, como também fazê-la mais produtiva. Oferecia um melhor aproveitamento racional do tempo do profissional, menor número de consultas necessárias para chegar ao término do tratamento, ao mesmo tempo que aumentava o número de usuários atendidos¹⁰. Embora essa odontologia discursasse sobre a importância da prevenção, sua prática ainda priorizava o curativo, na medida em que racionalizava a odontologia flexneriana⁶.

O modelo científico ou flexneriano é entendido como aquele de universalidade biológica, baseado no individualismo, mecanicismo e nos aspectos curativo-reabilitadores, excluindo formas alternativas e integrativas de prática odontológica⁵. A implementação da odontologia simplificada no Brasil gerou o dilema quantidade *versus* qualidade, além de ser taxada de extremamente limitada por não questionar o modelo flexneriano, possibilitando, devido a essa crítica, a ascensão de outra versão dessa corrente, denominada de Odontologia Integral^{7,10}.

A Odontologia Integral se baseava no modelo incremental sespiano (SESP) com certas alterações, sendo por isso também denominada de Incremental Modificada⁸. Essa corrente crítica nasceu como consequência da adesão do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais ao Programa de Inovações em Ensino e Serviços Odontológicos¹¹. A crítica se voltava especialmente à odontologia simplificada, que propunha uma excessiva simplificação, com tecnologia simples para “gente simples”, e para a odontologia científica, que se espelhava na medicina, tendendo à mecanização do corpo e das pessoas¹⁰.

Devido às inúmeras críticas ao Sistema Incremental, entre elas a de ser excludente e extremamente curativista, surgiu, no fim da década de 1980 e início dos anos 1990, o Programa Inversão da Atenção (PIA), elaborado pelos professores Carlos Alfredo Loureiro e Flávio Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. O princípio básico da proposta era a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o “controle”^{5,8}.

Esse modelo divergiu das ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, descentralizando a atenção curativa clássica, buscando primeiramente estabilizar o meio bucal para, assim, obter uma eficácia dos métodos preventivos, possibilitando com isso o controle epidemiológico da doença cárie⁸. Ou seja, baseava-se em intervir antes e controlar depois, através de tratamento restaurador definitivo, reabilitação oral e ampliação da cobertura populacional⁷.

O modelo é centrado em três fases ordenadas de procedimentos com objetivos pré-definidos, e uma fase só se inicia após a consolidação da anterior, sendo elas: estabilização, reabilitação e declínio. Ferreira et al.⁵ definem essas fases como:

A primeira fase, a “estabilização”, visava reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não invasivas, para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão. A segunda fase, a “reabilitação”, ocorreu o restabelecimento da estética e função perdidas pelas sequelas da doença. Na terceira fase se dá o “declínio”, objetivando o controle da doença e da lesão e supondo trabalhar com a população sobre os fatores condicionantes, com a introdução de noção e métodos de autocuidado.^{5:39}

Comparado ao Sistema Incremental, o PIA orienta-se pela prioridade de controlar a doença com conceitos modernos de prevenção e educação em saúde. Por isso, tornou-se um modelo contrário ao tratamento cirúrgico-restaurador. Porém, existem críticas quanto à abrangência do PIA. Para Zanetti et al.⁸, esse modelo necessita de um coletivo restrito para atuar sobre, e nesse caso, escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico. Logo, os princípios de universalidade, integralidade e equidade teoricamente preconizados pelo PIA não foram seguidos, já que um único grupo populacional foi atingido.

Um ponto discutido por Narvai⁶ é o esclarecimento prévio das ações e objetivos do programa para seus usuários, pois, quando as necessidades individuais não são resolvidas imediatamente, pode haver resistência e oposição dos usuários que não entendem claramente a finalidade da proposta, confundindo ações intermediárias de adequação do meio bucal com prestação de serviços de baixa qualidade. Em resumo, o PIA conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto, manteve a prioridade de prestação de serviços a um grupo restrito.

Outro modelo difundido na odontologia é a Atenção Precoce ou Odontologia para Bebês, que surgiu devido à observação de frequentes problemas bucais em pacientes na primeira infância¹². Dessa forma, esse modelo contrapõe-se à concepção de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não trazia nenhuma relação com a dentição permanente, e que o tratamento para tal dentição não era necessário¹³.

A primeira experiência do modelo de Atenção Precoce no Brasil ocorreu na Universidade Estadual de Londrina, Paraná, com a implantação da Bebê-Clínica, em 1985, pelo professor Luís Reinaldo de Figueiredo Walter^{12,13}. Os resultados comprovaram a eficácia de um programa com enfoque totalmente inovador, mostrando diferenças significativas em relação à prevenção da cárie dental em idades mais precoces do início do atendimento.

A Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava manter a saúde bucal, dentro de uma filosofia de tratamento educativo e preventivo¹⁴. Seus focos eram a educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal e o controle da amamentação noturna após os seis meses de vida, além do consumo racional de açúcar¹². Walter et al.¹³ descrevem a metodologia desse modelo em duas fases principais: a educativa, em que os pais recebem informações sobre saúde bucal e sobre o funcionamento do programa, e a preventiva, na qual a criança recebe o atendimento clínico, com retorno previsto a cada dois meses.

Entretanto, a disseminação de uma técnica apenas preventiva, dirigida a uma população restrita, sem constituir uma estratégia que envolva toda a população a ser assistida, corre o risco de gerar modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes. A atenção precoce surgiu e fracassou pelos mesmos motivos do PIA: o não cumprimento da universalidade, da integralidade e da equidade nas ações de saúde bucal⁶. Assim, ambos refletem as deficiências históricas em resolver seus problemas de assistência à saúde bucal, preferindo modelos prontos e implantados acriticamente¹⁵.

De forma geral, o que se observa sobre esse período são modelos de atenção focalizadores e excludentes. Tal conjuntura concorda com a atuação da saúde pública na época, que também era focalizada em ações de controle de agravos em grupos específicos. A herança desses modelos ainda é muito presente no ensino odontológico e nas práticas de educação e prevenção em saúde bucal, que continuam majoritariamente direcionadas a crianças em ambiente escolar. Todavia, esse modelo chegou ao esgotamento frente às necessidades de saúde da população que emergiram durante o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal resume, de forma bastante contundente, a insatisfação na prestação de serviços odontológicos no Brasil:

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.^{16:6}

SEGUNDO PERÍODO: INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO SUS

Após inúmeras tentativas de mudanças em modelos assistenciais buscando a integralidade e a universalidade da atenção, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa

Saúde da Família (PSF)¹⁷. A concepção do PSF é impulsionada a partir do êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991¹⁸.

O PSF tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS, e foi criado com a intenção de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, buscando reorientar o modelo assistencial brasileiro, até então caracterizado pela prática hospitalocêntrica, utilização irracional dos recursos tecnológicos e baixa resolutividade¹⁹. O PSF, que posteriormente se tornou uma estratégia norteadora da atenção primária em saúde no país denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa transformador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Centrado na vigilância à saúde através das ações de promoção, prevenção e recuperação, baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido¹⁷.

Para ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, estimulando a reorganização dessas ações no nível primário de atenção, foi proposta pelo Ministério da Saúde a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, seis anos após o início do programa, dentro de um contexto político, econômico e social favorável. Essa inclusão se deu através das Portarias n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, e n.º 267, de 29 de setembro de 2001, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, e na qual ocorrem relações pessoais e se transmite valores éticos, religiosos e culturais^{20,21}.

A saúde bucal incorporada ao PSF possibilitou a ruptura da lógica programática dos modelos assistenciais da odontologia no Brasil, até então excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, consideradas como núcleo social primário²².

No entanto, existem algumas críticas ao PSF. Para Narvai⁶, o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde não é assegurado em todas as unidades de saúde da família. Muitas não adquirem de forma resolutiva os serviços de referência e contrarreferência, tornando o PSF um programa limitado à atenção básica.

Além disso, ainda persiste a hegemonia da figura do médico nas equipes multiprofissionais, visto como o “chefe”, que é refletida muitas vezes nas melhores condições salariais, quando comparadas às de outras classes profissionais vinculadas à equipe. A inexistência da paridade salarial pode produzir efeitos indesejáveis no funcionamento da equipe, prejudicando as metas de trabalho e, conseqüentemente, o serviço prestado à comunidade.

O mesmo acontece em relação ao desenvolvimento de ações curativas centralizadas na figura do cirurgião-dentista, que insiste em atender apenas entre quatro paredes, retrocedendo a um modelo de atuação semelhante ao incremental da década de 1950²³.

A realidade, é que, até 2003, a saúde bucal nunca fora um setor prioritário aos investimentos públicos no Brasil, tendo em vista que até então não havia uma política nacional efetiva para esse campo²⁴. Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências pontuais fomentavam a ampliação do acesso e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas¹⁹.

Diante dessa necessidade, em 2003, o Ministério da Saúde, com o objetivo de produzir informações e bases de dados para fundamentar e nortear as ações necessárias na estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal, finalizou um abrangente levantamento do quadro da saúde bucal no país, o Projeto SB Brasil. Nesse trabalho, foi evidenciada uma intensa exclusão social, grande número de idosos desdentados e dificuldades de acesso às informações e aos serviços de saúde bucal²⁵. Os dados gerados pelo Projeto SB Brasil 2003²⁵ forneceram subsídios importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), proposta em março de 2004, que ficou conhecida como Brasil Sorridente.

Pautada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, a PNSB é responsável pela implementação de assistência odontológica, prevenção e educação em saúde bucal, além de articulações para atendimento de demandas locais, ou seja, realização das necessárias adequações e compatibilizações das diretrizes da política nacional à realidade e ao contexto regional²⁶.

As principais linhas de ação da PNSB são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (por meio da ESF), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público²⁶. Essas ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo, nas unidades de saúde, nos domicílios, escolas, associações ou qualquer outro espaço social.

As ações da Política Nacional de Saúde Bucal são pautadas em princípios democráticos para oferta de serviços de saúde bucal de qualidade, a saber: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional²⁶. As ações propostas pela PNSB devem estar articuladas com a atenção básica, e somente poderão produzir efeitos na garantia da integralidade, com a oferta adequada dos procedimentos e a redução de obstáculos dos serviços de saúde bucal, com boa taxa de utilização pelos usuários^{5,26}.

A PNSB se configura no cenário nacional como um projeto audacioso, que ainda tem falhas, principalmente diante das significativas diferenças regionais do Brasil, que é um país de grande extensão territorial e muitas desigualdades sociais, mas que está empenhado em realmente melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira^{7,26}.

Como tentativa de aumentar a aproximação entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades da atenção básica, traduzidas pela ESF, o Ministério da Saúde implantou em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde propõe a valorização dos recursos humanos e uma formação de profissionais generalistas, capazes de desenvolver uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade, de forma a diminuir o distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde²⁷.

Em 2011, a Portaria n.º 2.488 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS. A PNAB determina como um dos itens necessários à ESF a existência de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e os profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) podendo ser acrescentados a essa composição²⁸.

Seis anos depois, o Ministério da Saúde publicou, em 2017, a Portaria n.º 2.437, a qual revisa a PNAB e representa a atual norma regulamentadora da Atenção Básica em Saúde. Na nova PNAB, os profissionais da saúde bucal foram mantidos fora da ESF, que deverá ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde²⁹. Em janeiro de 2019, foi lançada a Portaria n. 18, a qual define três tipos de equipe de atenção básica, de acordo com a inclusão ou não dos profissionais da saúde bucal³⁰.

A nova PNAB vem revogar a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do SUS, uma vez que desobriga gestores estaduais e municipais a desenvolverem ações de saúde bucal, deixando em aberto a possibilidade de um município organizar seu sistema de saúde sem incluir a saúde bucal^{26,31}.

Apesar dos avanços observados desde a implementação da PNSB, que levou à ampliação da oferta de serviços públicos odontológicos, e do reconhecimento da saúde bucal como política pública prioritária, observa-se que esses avanços não são mantidos com as mudanças de governo. O desafio posto, diante de tal cenário, é a manutenção dos objetivos alcançados na saúde bucal brasileira, frente à desconstrução de um modelo assistencial que dialoga com os princípios e diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante anos, a odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde em nosso país. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil se caracterizava por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Observou-se, no cenário histórico da saúde bucal do Brasil, dois momentos distintos. Inicialmente, houve evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal, sempre empenhados a corrigir defeitos e pontos negativos dos anteriores. Constatou-se ainda que as falhas dos modelos analisados eram semelhantes quanto à universalidade e integralidade da atenção.

De forma geral, os modelos objetivavam atuar em grupos populacionais específicos e existiram como principal ou única forma de acesso aos serviços odontológicos. No entanto, um modelo assistencial não deve se tornar a única forma de acesso da população aos serviços de assistência, sendo imprescindível o adequado planejamento para a implantação de modelos que evitem a exclusão de usuários.

Em um segundo momento, evidenciou-se a expansão da saúde bucal através da implementação da ESF e da PNSB, seguida por um declínio caracterizado pela exclusão da odontologia dentre as prioridades governamentais, resultante da implementação da nova PNAB. A saúde bucal foi considerada, nos últimos anos, como elo mais fraco e, portanto, desvalorizada e excluída das políticas públicas no Brasil.

Políticas públicas devem ser revisadas com a finalidade de melhorar e ampliar a assistência à população, expandindo e consolidando a atenção básica. Além disso, se faz necessário ampliar a inserção da odontologia no contexto da saúde da família e o estabelecimento da obrigatoriedade da equipe de saúde bucal em todas as equipes de saúde da família e de atenção básica, de forma que a defesa da saúde bucal no SUS seja, ao mesmo tempo, a defesa da integralidade da saúde e, sobretudo, a reafirmação da saúde como um direito de todos.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Hannah Gil de Farias Moraes e Maria Helena Rodrigues Galvão.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Hannah Gil de Farias Moraes, Joyce Magalhães de Barros e Maria Helena Rodrigues Galvão.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Hannah Gil de Farias Moraes, Joyce Magalhães de Barros, André Azevedo dos Santos e Wesley Rodrigues da Silva.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Hannah Gil de Farias Morais.

REFERÊNCIAS

1. Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, Yee R, Monse B, Barnard JT, et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. *Int Dent J*. 2011;61(3):12430.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018;42(2):7691.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional Brasil Sorridente. Brasília (DF); 2011.
4. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2002;7(4):70917.
5. Ferreira EB, Abreu TQ, Oliveira AEF. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev Pesq Saúde*. 2011;12(3):3742.
6. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.
7. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):2416.
8. Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 1996;(13):1835.
9. Corrêa AP. Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1985.
10. Mendes EV. O planejamento da saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 1988.
11. Soares CLMS. Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil [doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2014.
12. Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(29):836.
13. Walter LRF, Garbelini ML, Gutierrez MC. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. *Divulg Saúde Debate*. 1991;6:658.
14. Bönecker MJS, Marcenes W, Sheiham A. Redução na prevalência e severidade de cárie dentária em bebês. *J Bras Odontol ped*. 2000;3(14):33440.

15. Volpato LER, Figueiredo AF. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(1):4552.
16. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Conselho Federal de Odontologia. Brasília (DF); 1993.
17. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Odontol.* 2001;2(2):729.
18. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc saúde colet.* 2005;10(Supl.):297302.
19. Gigante EC, Guimarães JP. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do sus. *Saúde e Desenvolvimento.* 2013;3(2).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2000 dez 29, seção 1, p, 85.*
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 267, de 06 de março de 2001. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2001 mar, seção 1, p. 67.*
22. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;19(2):37382.
23. Pereira AC. Odontologia em Saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
24. Fischer TK. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no sul do Brasil [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília (DF); 2003.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília (DF); 2007.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.388, de 21 de Outubro de 2011. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011. Seção 1, p. 71.*
29. Brasil. Ministério da saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro de 2017. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011. Seção 1, p. 80.*

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 18, de 7 de Janeiro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2019. Seção 1, p. 10.
31. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDAS. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(6):186978.

Recebido: 10.1.2020. Aprovado: 24.3.2021.