

## Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil

### From Brazil without teeth to Smiling Brazil: a historical review of Oral Health Public Policies in Brazil

*José Amilton Costa Silvestre<sup>1</sup>, Andréa Silvia Walter de Aguiar<sup>2</sup>, Edson Holanda Teixeira<sup>3</sup>*

#### Resumo

A evolução histórica das políticas públicas de saúde relaciona-se diretamente com a evolução política social e econômica da sociedade brasileira. As políticas públicas de saúde bucal atravessaram historicamente um processo de evolução de forma excludente e individual. Trata-se de uma análise crítica da literatura por meio de um estudo exploratório e sistematizador, com demarcação temporal simplificada através de períodos históricos no Brasil. No Brasil Colônia, as ações relacionadas à saúde bucal eram exercidas por mestres, cirurgiões e barbeiros. No Império, a ação do Estado fixou-se na regulamentação de recursos humanos e exercício das atividades. Após anos promovendo políticas excludentes e centralizadas, foi lançado em 2004 o Programa Brasil Sorridente como sólida política para o setor. O processo de

evolução das políticas públicas de saúde bucal carregou em si o poder de uma política voltada para o lucro e o descaso social, e na sua grande maioria refletida ao longo da história na mutilação de bocas e vidas.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal. Políticas Públicas. História da Odontologia.

#### Abstract

The historical development of public health policies is directly related to the political social and economic evolution of Brazilian society. Oral Health Public Policy through a process evolution historically so exclusive and individual. It is a critical review of the literature found through an exploratory and systematic search, with temporal simplified demarcation through historical periods in Brazil. In colonial Brazil, the actions related to oral health were performed by master surgeons and barbers. In the Empire, the action of State settled on human resources and engage in activities. After years of promoting exclusive and centralized policies, was launched in 2004 Smiling Brazil Program as solid policy for the sector. From Colonial Brazil until

<sup>1</sup> Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde da Família (UFC-CE). Professor Substituto. Curso de Odontologia. Universidade Federal do Ceará. Campus Sobral. Professor NDE. Gestor Adjunto de Extensão. Faculdades INTA. Sobral, Ceará, Brasil. amiltonc@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Odontologia (FOP-UPE). Professora Adjunta Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Universidade Federal do Ceará (FFOE/UFC). Professora Adjunta Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Universidade Federal do Ceará (UFC). Andrea.aguiar@ufc.br

<sup>3</sup> Doutor em Bioquímica (UFC). Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq. Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará. edsonlec@ufc.br

current times, the process of evolution of oral health public policies carried within it geared towards profit and social neglect, and mostly reflected throughout history in the mutilation of mouths and lives.

**Keywords:** Oral Health. Public Policy. History of Dentistry.

## Introdução

A política pode ser compreendida como a mobilização dos sujeitos na disputa do governo ou do poder do Estado, seja através de partidos políticos numa política partidária, ou através de instituições públicas ou entidades, respectivamente. Por outro lado, política refere-se, também, à ação do Estado nas diversas dimensões da vida social que se reflete na regulação e provisão de bens coletivos através das políticas de saúde<sup>1</sup>.

As políticas públicas de saúde podem ser entendidas como uma resposta social - ação ou missão - de uma organização como o Estado, diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes. As políticas públicas de saúde também se relacionam com a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e ambiente, engloba questões relativas do poder em saúde, além das que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde<sup>2</sup>.

A evolução histórica das políticas públicas de saúde relaciona-se diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. As políticas públicas de saúde no Brasil foram adquirindo no decorrer da história um caráter de controle do Estado sobre tais ações. Entretanto, este foi um processo bem demorado, e que se acentuou,

principalmente, a partir da primeira metade do século XX quando, então, as ações de saúde passaram a ter importância e controle por parte dos governantes<sup>3</sup>.

As políticas públicas de saúde bucal no Brasil, por sua vez, atravessaram historicamente um processo de evolução que se caracterizou por ser excludente e individual e que acompanhou, de certa forma, o contexto histórico da saúde pública no país<sup>4</sup>.

Com base em uma análise crítica da literatura, o presente trabalho propõe-se a fazer um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório e sistematizador da literatura encontrada. Os intervalos temporais aproximam-se da categoria "bloco histórico" proposta por Gramsci<sup>5</sup>, em que esta leitura prevê o ordenamento e o sumário das informações de forma que possibilitem a obtenção de uma melhor compreensão da temática em questão<sup>6</sup>.

Os estudos históricos relacionados com a saúde quanto as condições sanitárias e epidemiológicas, no Brasil, se intensificaram a partir do século XX. Bem como as relações sociais, políticas e econômicas envolvidas voltadas para a atenção em saúde<sup>7</sup>.

## O objeto da questão em foco

A demarcação temporal simplificada utilizada nesta análise serão os períodos históricos no Brasil: Colonial, de 1500 a 1822; Imperial de 1822 a 1889 e Republicana, de 1889 a 2011, conforme a seguir.

O Período Colonial abraçou mais de três séculos, do século XVI ao XIX, caracterizou-se pelo encontro de mundos

tão diferentes quanto distantes em vários aspectos, em especial os geográficos, culturais e religiosos. Quando os portugueses chegaram ao Brasil em 1500, depararam-se com uma população indígena seminômade e não muito heterogênea em aspectos linguísticos e culturais<sup>8</sup>.

O espanto com a chegada dos portugueses foi mútuo. O estranhamento dos indígenas imberbes perpassou pela presença das caravelas, das roupas extravagantes e das barbas. Contudo, a condição bucal dos portugueses também impressionou. Estes europeus aportaram com escorbuto que “dilacerava as comissuras labiais e as gengivas”<sup>4,1</sup>. A mutilação dentária devido à cárie dental tornava o quadro mais caótico e produzia bocas desprovidas de dentes, muito diferentes daquelas que os índios estavam acostumados a perceber entre as etnias. A cárie dentária também ocorria nos habitantes nativos do Brasil, porém, a ocorrência era bastante inferior àquela que eles observavam advindos das caravelas<sup>4</sup>.

Por todo o período colonial no Brasil, os problemas de saúde e higiene eram de inteira responsabilidade das localidades, que tomavam medidas para garantir a limpeza das ruas e quintais. A assistência à saúde aos pobres e indigentes ficava a cargo da iniciativa filantrópica e instituições beneficentes ligadas à Igreja católica, representadas pelas Santas Casas de Misericórdia. O restante da população buscava socorro dos médicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros e curiosos<sup>3</sup>.

Os maiores desafios enfrentados pelos portugueses recém-chegados à Terra de Santa Cruz podem ser descritos como a dificuldade na implantação de uma estrutura administrativa, a ocupação territorial

diante de dificuldades com a geografia, a fauna e a flora até então inteiramente desconhecidas, além da organização dos primeiros engenhos açucareiros<sup>9</sup>.

Durante os séculos XVI e XVII, a produção do açúcar a partir da cana foi a principal atividade econômica, servindo como sustentação da recente economia colonial e expansão da colonização. Esta característica histórica da economia brasileira relaciona-se com a prevalência da doença cárie associada ao consumo de açúcares<sup>4</sup>.

Ao comentar as condições de saúde bucal da população brasileira do período colonial, Gilberto Freyre usou as palavras do médico sueco Gustavo Beyer:

*“Viajando pelos arredores de Itu é impossível não se notar que toda a gente da classe baixa tem os dentes incisivos perdidos pelo uso constante da cana-de-açúcar que, sem cessar, chupa e conserva na boca em pedaços de algumas polegadas [...] quer em casa quer fora dela não a larga [...]. A classe superior gosta igualmente de doce”<sup>10,7,5</sup>.*

O crescimento do mercado do açúcar elevou o número de dentes cariados nas populações, o que resultou em mais necessidades em relação à assistência odontológica, e contribuiu para a expansão dos serviços odontológicos que levavam exclusivamente à mutilação dentária<sup>10</sup>.

Durante o período colonial, a população valia-se de seus conhecimentos para enfrentar as suas dores e sofrimentos dentários. E as práticas que buscavam solucionar tais problemas baseavam-se, principalmente em rituais com a utilização de rezas e ervas. A população negra, que passou a ser escravizada, trouxe suas práticas mágicas e conhecimentos da

medicina natural. Os africanos, índios e mestiços foram os grandes curandeiros do Brasil colonial<sup>4,11,12</sup>.

As ações relacionadas à saúde bucal eram exercidas por mestres cirurgiões e barbeiros que deveriam necessariamente receber da Corte Portuguesa uma carta, a Carta de Ofício, que era uma licença concedida pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa e que regia o ofício de barbeiro ou tiradentes. O surgimento desta carta data de aproximadamente 1521 por intermédio de um ato real do Regimento do Fisco Mor de Portugal, e foi modificada em 1631 quando passou a ser exigida a comprovação de experiência de dois anos na atividade de barbeiro<sup>4</sup>.

Tais interferências do poder da Coroa Portuguesa sobre as atividades dos mestres de ofício marcam nitidamente a presença do Estado e correspondem a uma “política” para o setor<sup>4</sup>.

Durante o Período Imperial, correspondente ao período entre a Independência e a Proclamação da República, médicos cirurgiões e boticários diplomados compunham uma comunidade terapêutica considerável. Eram na sua grande maioria cristãos-novos, ou seja, judeus convertidos ao cristianismo, e trabalhavam muitas vezes gratuitamente. Mesmo tendo recebido formação em cidades da Europa, estes não tinham prestígio junto à população brasileira, e precisavam se deslocar em busca de pacientes. Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas, faziam curativos e arrancavam dentes<sup>8</sup>.

A organização e institucionalização das atividades profissionais, principalmente em relação à saúde bucal, somente ocorreu

após a chegada da família Real ao Brasil. Eram expedidas cartas que davam direito às atividades, que eram exclusivamente mutiladoras. A primeira Carta de Dentista foi expedida em 1811, e até o final do século XIX a assistência odontológica fixou-se nas Forças Armadas, e apenas em 1880 os consultórios odontológicos passaram a ser instalados nas Santas Casas de Misericórdia. Estes eram apenas destinados às exodontias, os únicos procedimentos que eram realizados na época. Em 1884 foram criados os primeiros cursos de odontologia nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia<sup>4</sup>.

Neste período, a ação do Estado com relação à saúde bucal fixou-se na regulamentação de recursos humanos e do exercício das atividades. As ações assistenciais restringiram-se à área militar e instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia<sup>4</sup>.

Fatos importantes marcaram a transição do período imperial para a República. O fortalecimento do Exército, a crise estabelecida entre a Igreja e o Estado, e a transição do escravismo para o capitalismo contribuíram para a instalação da República<sup>13,14</sup>.

Com o início da República em 1889, os anos iniciais foram caracterizados por doenças endêmicas e pela falta de políticas públicas de saúde e saneamento, tanto nas áreas longínquas do país como nas áreas suburbanas<sup>15</sup>.

Importantes mudanças nos serviços de saúde somente ocorreram no final da República Velha (1889-1930). O embrião do seguro social surgiu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, que atendeu num primeiro momento aos trabalhadores ferroviários, depois os

marítimos e estivadores. Mas a maior inovação aconteceu no segundo governo Vargas com a implantação do serviço de atendimento médico domiciliar em 1949. Antes, o atendimento médico era restrito à assistência privada. Instituiu-se, também no segundo governo Vargas, o atendimento universal mesmo que limitado apenas aos casos de urgência<sup>16</sup>.

Em 1926, o governo dos Estados Unidos da América publicou o Relatório Gies como resultado de uma ampla investigação à semelhança do que havia publicado para as escolas de medicina por meio do Relatório Flexner, lançado em 1910. O Relatório Gies buscou detalhar os problemas e deficiências das escolas de odontologia dos Estados Unidos e Canadá; e ao mesmo tempo, recomendava que deveria ser dada ênfase nas ciências biológicas e clínicas, no desenvolvimento tecnológico, na busca pela especialização precoce, e ênfase nas práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras, além de fixar-se no mercado privado que deveria ser o principal foco do exercício da odontologia<sup>17</sup>.

A partir da influência deste modelo, o que passou a ser desenvolvido no Brasil foi uma odontologia voltada para o mercado capitalista e hegemônica, denominada de Odontologia de Mercado e caracterizada por ser centrada numa base biológica e individual, e no modo de produção capitalista, transformando os cuidados de saúde em mercadorias e colocando a saúde como bem comum sem valor de troca, além de lhe imputar deformações mercantilistas<sup>18</sup>.

A primeira referência à inclusão do cirurgião-dentista no serviço público data de 1892, no Estado de São Paulo, definida pelo Decreto Estadual nº. 87 de 29 de julho 1892<sup>19</sup>. Mas foi o Decreto nº.

4.600, de 30/5/1929 que regulamentou o Serviço Dentário Escolar, e a existência de consultórios odontológicos em espaços escolares que já era anterior ao decreto passou a ser oficializada<sup>4</sup>.

O atendimento prestado caracterizava-se por ser de livre demanda<sup>20</sup>, e a lógica da livre demanda dentro da atenção sanitário-bucal tornou-se hegemônica nos serviços públicos até 1988, quando existiu atenção em saúde bucal nas instituições sanitárias<sup>21</sup>.

As ações realizadas eram exclusivamente individuais e não existia planejamento e nenhuma tecnologia de programação. Somente em 1952, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foram implementados os primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil. A Odontologia Sanitária pode ser considerada um marco de difusão de novas perspectivas para as ações de saúde bucal que passavam paulatinamente a ser implementadas pelo poder público, e incorporando ações preventivas e de promoção da saúde. De importante destaque foi a publicação da obra "Manual de Odontologia Sanitária" de Mário Chaves<sup>18</sup>.

As ações propostas eram voltadas exclusivamente para os escolares no que denominou-se de Sistema Incremental (SI). Foi uma ação inovadora como política pública por parte do Estado ao tratar as ações de saúde bucal, mesmo que focalizadas no escolar, mas que se expandiam, a partir daí, às ações de caráter preventivo<sup>4</sup>.

A lógica do SI foi fundamentada em um programa preventivo, para controlar a incidência dos problemas e uma ação vertical por meio de um programa curativo,

com a finalidade de solucionar os problemas mais prevalentes<sup>22</sup>. É provável que o atendimento a escolares tenha iniciado bem antes, uma vez que em meados da década de 1930 já existiam dentistas dentro das escolas no estado de Minas Gerais<sup>21</sup>.

A Odontologia Sanitária impulsionou mudanças não somente como as apontadas no SI, mas também voltadas para ações intersetoriais, como a fluoretação das águas de abastecimento público. O Ministério da Saúde implantou em 31 de outubro de 1953 o primeiro sistema de fluoretação de águas de abastecimento público no Brasil, no município de Baixo Gandu, no estado do Espírito Santo. Assim, leis municipais e estaduais foram surgindo, e em 24 de maio de 1974, entrou em vigor a Lei Federal nº 6.050 que obrigou a fluoretação das águas de abastecimento público<sup>23</sup>.

A partir da década de 1970, mesmo durante um regime político repressor, difundiram-se os ideais de universalização, equidade e participação popular que caracterizariam o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A Reforma Sanitária no Brasil ficou amplamente conhecida como o projeto, e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional<sup>24</sup>.

Em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco histórico ao colocar as bases de mudança no Sistema de Saúde vindo a se constituir dois anos mais tarde no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a universalização, a equidade e integralidade de seus princípios doutrinários, estabelecendo uma saúde voltada para todos como dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros<sup>25</sup>.

Após a realização da VIII CNS ocorreu em setembro de 1986 a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que expôs em seu relatório final a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) inserida nos preceitos de um sistema universal, equânime, integral e com participação da população, como estabelecido na VIII CNS<sup>26,27</sup>.

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil (CF) em 1988, foram colocados, então, os princípios e diretrizes do SUS, e sua implementação ocorreu de forma paulatina e sofrível, até a substituição de uma política centralizadora por uma nova forma de administrar a saúde com descentralização de poder e levando em conta aspectos da cultura local de cada ente federado<sup>28,3</sup>. O SUS é criado na contramão dos eventos internacionais e da política econômica nacional – o neoliberalismo.

Após a criação do SUS, a implementação de uma PNSB foi marcada por diversos conflitos e contradições nas três esferas de governo<sup>29</sup>.

Em 1988 foi criado o Departamento de Odontologia no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e instituído o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental. Este foi caracterizado como um programa planejado e executado de forma vertical e centralizada, o que era contrário ao defendido pelo movimento da Reforma Sanitária na época<sup>4,24</sup>.

Em junho de 1989, oito meses após a promulgação da CF, o Ministério da Saúde definiu paralelamente ao INAMPS a PNSB. Esta política baseou-se nos princípios da universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional.

Era destinada, inicialmente, às crianças em idade escolar na faixa de 6 a 12 anos, e seguida das faixas etárias de 13 a 19 anos, de 2 a 5 anos e adultos. Em relação aos serviços prestados, a prioridade estava voltada para os serviços emergenciais, ações preventivas, educação em saúde bucal e serviços recuperadores mais básicos, tais como restaurações dentárias. A PNSB também apontava para prestação de serviços nas especialidades consideradas básicas, que seria a atenção endodôntica, a periodontia, a atenção protética, cirúrgica e ortodôntica, além de serviços especializados de maior complexidade<sup>27</sup>.

Neste mesmo ano foi lançado também, de forma vertical, o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD). Concomitantemente, ocorreram mudanças significativas na política brasileira com a eleição de um presidente da República pelo voto direto. Neste novo governo foi lançado o documento “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995- A saúde do Brasil Novo”, mas a PNSB não foi explicitada neste Plano. Contudo, apenas foram expressas ações relacionadas à saúde bucal, tais como metas estabelecidas para o câncer de orofaringe, cárie e doença periodontal, e a prioridade passou a ser a fluoretação do sal através do Programa Nacional de Controle da Cárie pelo Método de Fluoretação do Sal<sup>4,27</sup>.

A política de fluoretação do sal gerou uma grande reação contrária ao programa, pois colidia com a política de fluoretação das águas de abastecimento público, adotada desde 1974, e a relação da quantidade de sal consumida não era uniformizada pela população. Desta forma, tal política acabou não prosperando, porém influenciou na redução dos incentivos federais que seriam alocados à ampliação e manutenção do

programa de fluoretação das águas de abastecimento público<sup>27</sup>.

Durante todo o governo de Fernando Collor, a lógica de financiamento por produção foi mantida, fazendo com que os municípios e estados fossem meros prestadores de serviços do governo neoliberal da época, o que gerou conflitos entre o setor público e privado com superposição de ações, desperdício de recursos e mau atendimento<sup>4</sup>.

Em 9 de outubro de 1991, foi lançada a Portaria nº 184 que estabelecia a oferta pelo SUS, de um conjunto de procedimentos que visava a promoção, prevenção em saúde bucal – os Procedimentos Coletivos (PC). Os PC em saúde bucal surgiram com a intenção de substituir os Tratamentos Completados (TC) nos mecanismos de repasse dos recursos a estados e municípios, e permaneceram até 2006. Seu aspecto mais relevante fixa-se no impulso que foi dado às ações de promoção e prevenção em saúde bucal, e certamente seu reforço foi influenciado pelo crescente processo de municipalização ocorrido no Brasil neste período<sup>30</sup>.

Em 1992, o então Presidente da República Fernando Collor de Mello sofreu Impeachment, e o vice-presidente Itamar Franco assumiu a presidência da República, sendo que durante seu governo pouco ou quase nada foi realizado pela PNSB. Em 1994, um novo governo foi instituído no país, com um viés do neoliberalismo econômico em tempos de globalização. Fernando Henrique Cardoso foi eleito presidente do Brasil, e mais uma vez foram poucas as alterações na PNSB. Porém, muitas experiências bem-sucedidas puderam ser implementadas em vários municípios brasileiros que estruturam as políticas municipais de saúde bucal

baseadas na universalização, atendimento por ciclos de vida, condições e situações especiais de vida, e serviram como modelo para uma PNSB que iria se consolidar nos próximos anos<sup>4,29</sup>.

Depois de anos promovendo políticas prioritárias à atenção hospitalar nas quais os recursos federais repassados a estados e municípios eram baseados principalmente na produção de serviços individuais e na capacidade instalada, as políticas públicas se voltaram para a atenção básica, em que sua maior expressão foi a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, na época então denominada Programa de Saúde da Família (PSF). Os recursos financeiros passaram a ser destinados com base no número de habitantes e em incentivos específicos<sup>31</sup>.

A ESF incorporou os princípios do SUS e preconizou o trabalho numa equipe multiprofissional composta inicialmente por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Caracterizou-se como um modelo de atenção primária voltado para estratégias/ações preventivas, de promoção de saúde, de recuperação, reabilitação, com foco na família e cuidados paliativos realizados pelas equipes de saúde da família comprometidas com a integralidade da assistência à saúde. A ESF é coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade na qual está inserida<sup>32,33</sup>.

Em 28 de dezembro de 2000, foi lançada a Portaria ministerial no 1.444 que fixou incentivo financeiro para reorientação das ações de saúde bucal e inseriu o cirurgião-dentista na ESF<sup>34</sup>. O lançamento desta Portaria foi precedido por um longo processo de debates entre entidades odontológicas, conselhos de saúde e

profissionais de saúde desde o final de 1994<sup>29</sup>. Em março de 2001 foi lançada a Portaria no 267 que considerou como necessidade a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados, melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e inclusão das ações de saúde bucal na ESF. Tudo isso representou um importante aporte financeiro no financiamento público da odontologia e aumento da rede de serviços em todo o país<sup>34,35,36,29</sup>.

Em 2004, sob os auspícios do Governo Lula eleito em 2002, foi apresentada oficialmente uma nova PNSB denominada de Programa Brasil Sorridente como expressão da política subsetorial, tendo como ponto-chave o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Esta Política foi definida no âmbito do Governo, bem depois de sua posse e passou a integrar o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil<sup>4,37</sup>.

A gênese do Programa Brasil Sorridente tem suas bases em uma reunião realizada na cidade de São Paulo em 24 de novembro de 2000, cujo resultado final foi o documento intitulado “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”. O documento fazia um diagnóstico da situação de saúde bucal no Brasil e identificou ações imediatas a serem implementadas na saúde bucal no governo que se iniciava<sup>29</sup>.

Tendo como base uma política centrada na vigilância em saúde, foco na família e por linhas de cuidado e expansão dos procedimentos clínicos especializados por meio principalmente dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR), o Brasil Sorridente buscou a ampliação do

acesso aos serviços odontológicos numa perspectiva jamais planejada por nenhuma política. Todo planejamento considerou os princípios do SUS e foi complementado pela gestão participativa, com ênfase na ética, acolhimento, humanização do atendimento e vínculo entre as equipes e usuários<sup>37</sup>.

De acordo com o exposto no texto das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir da expansão do conceito de atenção básica e o subsequente crescimento da oferta e diversidade de procedimentos, fez-se necessário, também, dispor de investimentos que levassem ao aumento do acesso aos níveis secundário e terciário da atenção<sup>38</sup>.

Uma das estratégias da PNSB é o incentivo ao funcionamento dos CEO em todas as regiões brasileiras, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado<sup>39</sup>.

Assim, foram apontados critérios, as normas e os requisitos para implantação e credenciamento dos CEO por meio da Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004<sup>40</sup>, e, também foi estabelecida a forma de financiamento pela Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, com objetivo de ampliar e qualificar a oferta aos serviços odontológicos especializados<sup>40</sup>.

Os CEO servem de referência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atuam na ESF e são integrados às características e necessidades regionais. Os incentivos financeiros são oriundos das três esferas de governo, e as ações ofertadas incluem o atendimento a pacientes com necessidades especiais, ações especializadas de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor<sup>29</sup>. Recentemente foram incluídos os procedimentos especializados

nas áreas de Ortodontia e Implantodontia<sup>41</sup>.

De acordo com dados divulgados pelo Projeto SB Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal criada pelo Ministério da Saúde (MS) para conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira<sup>29</sup>, o Brasil, em 2010, passou a incorporar o grupo de países com baixa prevalência de cárie. Para isso, o CPO, índice que aponta o número de dentes cariados, perdidos e obturados deve estar entre 1,2 e 2,6 segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>22</sup>. O CPO do Brasil é atualmente 2,1, e em 2003 era 2,8 em crianças de 12 anos de idade<sup>42</sup>. Mas não se pode afirmar que tais índices baixaram devido a PNSB, que o Brasil Sorridente deu certo.

Um ano antes do lançamento do Brasil Sorridente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou no suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003, em que 15,9% da população - cerca de 27,9 milhões de brasileiros - nunca tinha ido à um consultório odontológico<sup>43</sup>. Em março de 2010, o IBGE lança novos resultados sobre o acesso aos serviços de saúde odontológicos, em que, desta vez, 11,7 % dos brasileiros nunca haviam ido ao dentista<sup>44</sup>. Neste caso, o impacto das ações do Brasil Sorridente ainda não puderam ser mensurados, mas sem dúvida, o acesso aos serviços de saúde bucal aumentou.

## Conclusões

Todo o trajeto percorrido pelas políticas públicas de saúde bucal no Brasil configuram as bases históricas, que são características de cada momento, e carregam em si as nuances políticas, econômicas e ideológicas.

Do Brasil Colônia, da chegada dos exploradores, até os momentos atuais, o processo de evolução das políticas públicas de saúde bucal carregou em si o poder de uma política voltada para o lucro e o descaso social, e na sua grande maioria refletida ao longo da história na mutilação de bocas e vidas. As dores do corpo, e, por conseguinte as dores da boca, dos dentes, por muito tempo foram relegadas ao ocaso público e a omissão política.

A consolidação de uma política de saúde bucal só veio a ocorrer pelas forças políticas e sociais que lançaram as bases do que era reflexo de anseios e desejos dentro de movimentos históricos como a Reforma Sanitária no Brasil.

## Referências

1. Vasconcelos CM. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: Castro JL, Formiga JMM, Vilar RLA, coordenadores. Política e gestão em saúde: reflexões e estudo. Natal: Editora Observatório RH NESc/UFRN; 2006. p.49-68.
2. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2006 Aug. [Acesso em 2011 fev 22]; (40) . Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00348910200600040011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200600040011&lng=en&nrm=iso).
3. Andrade LOM. Evolução das políticas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. In: Andrade LOM et al. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 30-35.
4. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés TS, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008a. p.1-20.
5. Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1990.
6. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2002
7. Ponte CF, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
8. Edler FC. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: Ponte CF, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 25-46.
9. Calainho DB. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. Tempo, Niterói. [Internet]. 2005 dez [ Acesso em 2011 jun 23]; 10(19). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-77042005000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042005000200005&lng=en&nrm=iso).
10. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008b.
11. Scliar M. Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac; 2005.
12. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2000 [Acesso em 2011 jun 24]; 5(2). Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200004&lng=pt&nrm=iso)>.
14. Gomes L. 1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil. São Paulo: Planeta do Brasil; 2007.
15. Hochman G. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. Hist. cienc. saude-Manguinhos.5. [Internet]. 1998 jul. [Acesso em 2011 24 jun]; Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701998000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000400012&lng=pt&nrm=iso)>.
16. Mercadante OA et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizadores. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 235-313.
17. Moysés SJ. Saúde bucal. In: Giovanella L et al organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 705-734.
18. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev.

- Saúde Pública.40( n. spe) [Internet].2006 aug. [Acesso em 2011 jun 24].Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400019&lng=pt&nrm=iso)>.
19. Telarolli Junior R. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 3(2). [Internet]. 1996 jul.-out. [Acesso em 2012 maio 2].S. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n2/v3n2a04.pdf>.
  20. Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no Sistema nacional de saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80 [ Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro; 1993.
  21. Medeiros Junior A. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli AG; Lima KC (orgs.). *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRN; 2004.p.277-286.
  22. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2008.
  23. Ramires I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária- cinquenta anos no Brasil.*Ciênc. saúde coletiva*. 12(4). [Internet]. 2007 jul.aug. [Acesso em 2012 may 2].Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400027).
  24. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). [Internet]. 2009 jun. [Acesso em 2011 feb 17]. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63013535010>>.
  25. Andrade LOM. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. São Paulo: Hucitec; 2006.
  26. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final.Brasília..[Internet]. 1986. [Acesso em 2011 jun 9]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/Biblioteca.html>.
  27. Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema único de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF; 2009. p.155-174.
  28. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema único de saúde. In: Campos GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 531-562.
  29. Narvai PC, Frazão P. O SUS e a Política nacional de saúde bucal. In: Pereira AC et al. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.18-34.
  30. Carvalho LA, Scabar LF, Souza DS, Narvai PC. Procedimentos coletivos de saúde bucal: gêneses, apogeu e ocaso. *Saude soc.,São Paulo*,.18(3). [Internet].2009 set. [Acesso em 2011 jun 24]. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300013&lng=en&nrm=iso).
  31. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.*Rev Panam Salud Publica*,. 21(2-3). [Internet]. 2007 fev.-mar. [Acesso em 2011 jun 21]. Disponível em:[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en).
  32. Giovanella, L, Mendonça MHM, Almeida PFA, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. . *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*. 14(3). [Internet]. 2009 jun. [Acesso em 2011 jun 24]. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso)>.
  33. Andrade LOM, Barreto ICH, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec;. 2007. p. 783-836.
  34. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. *Diário Oficial da União*. 29 dez. 2000. Seção 1:85.
  35. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do programa de saúde da família. *Diário Oficial da União*. 7 mar. 2001. Seção 1:67.
  36. Souza, DS. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF. . In: Moysés TS, Kriger L, Moysés SJ (org.). *Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 21-38.
  37. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção

- à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF; 2004a.
38. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM(Org.). A Política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
39. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Saúde bucal. Brasília, DF; 2006.
40. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. Diário Oficial da União. 30 jul. 2004b. Seção 1:71-72.
41. Portal da Saúde [Homepage na internet] Brasília:. SUS passa a oferecer novos tratamentos odontológicos. [ atualizado em 29 abr. 2011; acesso em 29 abril 2011].Disponível em:[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12502](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12502)
42. Ministério da Saúde [Homepage na internet]. Pesquisa nacional de saúde bucal 2010. Nota para Imprensa[atualizado em jun 2010]; acesso em 06 jan. 2011]. Disponível em:[http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrazil2010\\_Nota\\_Imprensa.pdf](http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrazil2010_Nota_Imprensa.pdf)
43. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Homepage na internet]. Comunicação Social. Acesso e utilização de serviços de saúde-2003. [atualizado em 25 mar. 2005; acesso em 2 maio 2012]. Disponível em:[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=370](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=370).
44. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores. Rio de Janeiro; 2009.

---

**Endereço para correspondência:**

José Amilton Costa Silvestre  
Rua José Rufino Pereira, 250  
Centro-Ubajara-Ceará  
CEP: 62350-000  
E-mail: [amiltonc@gmail.com](mailto:amiltonc@gmail.com)