

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ÉRIKA THAMIRES DE OLIVEIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL AO LONGO DOS
ANOS E AS MUDANÇAS NOS INDICADORES DE SAÚDE**

**PATOS DE MINAS
2021**

ÉRIKA THAMIRES DE OLIVEIRA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL AO LONGO DOS ANOS E AS MUDANÇAS NOS INDICADORES DE SAÚDE

Trabalho apresentado à Faculdade Patos de Minas, como requisito parcial para a conclusão de Graduação em Odontologia

Orientador (a): Professor Me. Roberto Wagner Lopes Góes

**PATOS DE MINAS
2021**

Revisão

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL AO LONGO DOS ANOS E AS MUDANÇAS NOS INDICADORES DE SAÚDE

Érika Thamires de Oliveira ^{a*}, Matheus Henrique da Silva ^a, Thaynná Alves Dias Teodoro ^a, Stefani Almeida Gonçalves ^a, Leonardo Almeida Brandão ^a, Saulo Gonçalves Pereira ^a e Roberto Wagner Lopes Góes ^a

^a Faculdade Patos de Minas - FPM, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.

Resumo

Ao longo da História as políticas públicas de saúde tiveram a sua evolução pautadas nas transformações político-sociais e econômicas. Ao que tange a saúde bucal a História mostra que, a evolução de tais políticas especificamente foi marcada pela exclusão e individualidade, deste modo, conhecer, entender e discuti-las é de suma importância para compreensão do efeito das mesmas sobre as mudanças nos indicadores de saúde. Esta pesquisa teve por objetivo apresentar as principais ações e políticas públicas relacionadas à saúde bucal no Brasil em períodos históricos demarcados temporalmente de maneira simplificada, sendo eles: período colonial, imperial e republicano (velho e novo), apontando também as mudanças nos indicadores de saúde bucal. Para isto, realizou-se um estudo qualitativo descritivo a partir de uma análise crítica da literatura. Com esta pesquisa foi possível analisar e concluir que durante o período colonial os serviços em saúde eram prestados muitas vezes por instituições filantrópicas e na ausência delas a população ficava assistida por curandeiros, sangradores empíricos e até por curiosos, já no período Imperial as principais ações firmavam-se na regulamentação das atividades em saúde e de recursos humanos pela coroa. Ao longo do período republicano (velho e novo) as políticas públicas em sua grande maioria pautaram-se na exclusão e centralização das ações. Um marco importante do período republicano (novo) é a criação do programa Brasil Sorridente, que se consolidou como uma política pública sólida responsável por promover uma transformação significativa dos indicadores de saúde bucal brasileiro, sendo esta política, diferente das demais, tida como abrangente para um setor que sempre carregou ao longo dos anos em sua evolução a preocupação com o lucro, onde a marca registrada é o descaso social, que pode ser observado até os dias de hoje nas ações mutiladoras praticadas nas bocas e nas vidas de inúmeros brasileiros.

Palavras chave: Políticas Públicas; Saúde Bucal; Indicadores de saúde; odontologia.

PUBLIC ORAL HEALTH POLICIES IN BRAZIL OVER THE YEARS AND CHANGES IN HEALTH INDICATORS

Abstract

Throughout history, public health policies had their evolution based on political-social and economic transformations. Regarding oral health, History shows that the evolution of such policies was specifically marked by exclusion and individuality, thus, knowing, understanding and discussing them is of paramount importance for understanding their effect on changes in health indicators. health. This research aimed to present the main actions and public policies related to oral health in Brazil in historical periods demarcated in a simplified way, namely: colonial, imperial and republican periods (old and new), also pointing out changes in health indicators oral. For this, a descriptive qualitative study was carried out based on a critical analysis of the literature. With this research it was possible to analyze and conclude that during the colonial period, health services were often provided by philanthropic institutions and in their absence, the population was assisted by healers, empirical bleeders and even by curious people. in the regulation of health and human resources activities by the crown. Throughout the republican period (old and new) the vast majority of public policies were based on exclusion and centralization of actions. An important milestone of the (new) republican period is the creation of the Smiling Brazil program, which has consolidated itself as a solid public policy responsible for promoting a significant transformation of Brazilian oral health indicators. a sector that has always carried over the years in its evolution the concern with profit, where the trademark is social neglect, which can be observed to this day in the mutilating actions practiced in the mouths and lives of countless Brazilians.

* Autor para correspondência: erika88218788@gmail.com

Keywords: Politic policy; Oral health; Health indicator; Dentistry.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD ORAL EN BRASIL A LO LARGO DE LOS AÑOS Y CAMBIOS EN LOS INDICADORES DE SALUD

Resumen

A lo largo de la historia, las políticas de salud pública tuvieron su evolución basada en transformaciones político-sociales y económicas. En cuanto a la salud bucal, la Historia muestra que la evolución de tales políticas estuvo marcada específicamente por la exclusión y la individualidad, por lo que conocerlas, comprenderlas y discutir las es de suma importancia para comprender su efecto sobre los cambios en los indicadores de salud. Esta investigación tuvo como objetivo presentar las principales acciones y políticas públicas relacionadas con la salud bucal en Brasil en períodos históricos demarcados de manera simplificada, a saber: período colonial, imperial y republicano (antiguo y nuevo), señalando también cambios en los indicadores de salud bucal. Para ello, se realizó un estudio cualitativo descriptivo basado en un análisis crítico de la literatura. Con esta investigación fue posible analizar y concluir que durante el período colonial, los servicios de salud eran a menudo proporcionados por instituciones filantrópicas y en su ausencia, la población era asistida por curanderos, sangrantes empíricos e incluso por curiosos. En la regulación de la salud y actividades de recursos humanos de la corona. A lo largo del período republicano (antiguo y nuevo) la gran mayoría de las políticas públicas se basaron en la exclusión y centralización de acciones. Un hito importante del (nuevo) período republicano es la creación del programa Brasil Sonriente, que se consolidó como una política pública sólida responsable de promover una transformación significativa de los indicadores de salud bucodental brasileños. Evolución la preocupación por el lucro, donde la marca registrada es el abandono social, que se puede observar hasta el día de hoy en las acciones mutiladoras practicadas en la boca y la vida de innumerables brasileños.

Palabras clave: Políticas Públicas; Salud bucal; Indicadores de salud; odontología.

1. Introdução

Pode-se compreender política pública como uma resposta do estado às necessidades da população, mediante as condições de vida. A evolução histórica das políticas públicas, está condicionada diretamente às transformações políticas, sociais e econômicas da sociedade.

No Brasil, as políticas públicas voltadas à saúde adquiriram historicamente um caráter estatal, sendo controladas pelo estado praticamente em sua totalidade (BAHIA, 2018).

Muitos são os problemas vistos ao longo do tempo, no que diz respeito a saúde no Brasil e isso também se aplica à assistência odontológica, onde nos diferentes períodos da História, observa-se que as políticas públicas direcionadas especificamente a saúde bucal tiveram sua evolução pautadas na exclusão e no individualismo, acompanhando o contexto evolutivo da saúde pública como um todo.

Conhecer o contexto histórico das ações e políticas destinadas à saúde bucal no Brasil possibilita o monitoramento das desigualdades e também da evolução dos serviços ofertados a população.

Visando uma melhor compreensão, esta pesquisa traça as políticas públicas de saúde bucal no decorrer de 3 períodos históricos do Brasil: Colônia, Império e República.

O caminho da saúde bucal no Brasil foi e continua sendo muitas vezes tortuoso, mas muita evolução pode ser percebida ao longo da história, onde o maior marco e referência foi a criação do SUS em 1988 com o início da oferta do atendimento odontológico de maneira abrangente. Num cenário que tinha como principal ação para a saúde bucal a fluoretação da água de abastecimento, a criação do SUS foi um grande salto, porém incapaz de atender a demanda da população de um país inteiro até então praticamente desassistido de atenção odontológica, considerado como país de “banguelas” (CHAVES *et al.*, 2017; BAHIA, 2018; BRASIL, 2021).

A partir anos 2000 as políticas públicas em saúde bucal tiveram um grande alcance entre a população, iniciando um processo de transformação na oferta dos serviços e no acesso da população à saúde bucal no Brasil.

Assim, a presente pesquisa objetivou apresentar as principais ações e políticas públicas relacionadas à saúde bucal no Brasil nos períodos colonial, imperial e republicano (velho e novo), apontando também as mudanças nos indicadores de saúde bucal.

2. Metodologia

A metodologia empregada para a realização desta pesquisa constitui-se de uma revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica com o intuito de apresentar as principais ações e políticas públicas em saúde bucal implementadas no Brasil em períodos históricos demarcados de forma simplificada, mencionando também as mudanças nos indicadores de saúde bucal. Para isto realizou-se uma revisão qualitativa de caráter descritivo a partir de uma análise crítica da literatura.

Foram coletados dados e informações nas bases de dados do SciELO, PubMed e Google Acadêmico, utilizando-se de artigos científicos, e-books, portarias e leis relacionadas às políticas públicas de saúde bucal. Para busca dos artigos utilizou-se preferencialmente de palavras e expressões chaves, tais como Políticas Públicas de Saúde Bucal, indicadores de saúde bucal e história da odontologia no Brasil.

3. Resgate Histórico das Principais Políticas Públicas em Saúde Bucal no Brasil

Segundo Spezzia (2014) políticas públicas podem ser compreendidas como um conjunto de ações do poder público, são regras e procedimentos que auxiliam as relações entre poder público e sociedade visando solucionar problemas coletivos.

Historicamente a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil estão relacionadas com o avanço político, social e econômica da sociedade. No decorrer da História tais políticas assumiram um caráter de controle estatal, entretanto esse processo foi demorado e engrenou principalmente a partir da primeira metade do século XX, quando as ações em saúde passaram a ter importância (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

As políticas públicas voltadas para a saúde bucal, seguiram os mesmos caminhos na evolução histórica da saúde pública no país, caracterizando-se por ser excludente e individual (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Através deste resgate histórico demarcou-se o espaço de tempo em 3 períodos significativos, sendo eles: Brasil Colonial- 1500 a 1822; Império- 1822 a 1889 e República- 1889 a 2020.

4. Políticas Públicas em saúde bucal- Brasil Colonial e Império

O período entendido como Colonial perdurou no Brasil por 3 séculos, iniciando no século XVI estendendo até o século XIX, foi caracterizado pelo encontro de duas realidades divergentes e distantes, com a chegada dos Portugueses no Brasil em 1500 (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Além do choque cultural a condição bucal foi um fator de muito espanto, principalmente para a população indígena que viam nos portugueses a presença de cárie, escorbuto que chegava a dilacerar as comissuras labiais e inúmeras ausências dentárias, condição muito diferente dos povos nativos do Brasil, que percebiam a cárie entre as suas diferentes etnias, entretanto com a ocorrência inferior a observada nos recém chegados (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A condição clínica bucal retratada tem como reflexo a alimentação desses povos, os portugueses, marujos ficavam meses ao mar, possuíam dieta bem restrita o que contribuía significativamente para o desenvolvimento de doenças, como o escorbuto, somado as poucas condições de higiene e conhecimento agravavam ainda mais a situação levando a perda dos dentes por cárie e doenças do periodonto (BRACHT; CONCEIÇÃO; SANTOS, 2011).

Durante o período Colonial, os problemas de saúde e higiene eram de responsabilidade das localidades, as quais recorriam as instituições filantrópicas ligadas principalmente a Igreja Católica representadas pelas Santas Casas de Misericórdia para prestar assistência à saúde aos pobres, indígenas e indigentes, o restante da população recorria aos médicos cirurgiões barbeiros, sangradores empíricos, curandeiros e de curiosos (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Entre os séculos XVI e XVII os engenhos de cana de açúcar possibilitaram a expansão da colonização e foi um grande marco na economia brasileira, com a cana de açúcar veio também a prevalência da doença cárie, associada ao seu consumo. Com o crescimento do mercado o açúcar alavancou o número de dentes cariados e com isso a necessidade de assistência odontológica, contribuindo assim para a expansão desse tipo de serviço (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013). Sobre o tema disposto, Narvai e Frazão (2008), dissertam:

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 [...] (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 75).

Neste período os serviços odontológicos caracterizavam-se pela mutilação dentária e a população se valia dos conhecimentos populares para aliviar as dores e sofrimentos dentários, partindo para práticas de rituais com rezas e ervas, os povos negros trazidos da África para serem escravizados utilizavam-se da medicina natural africana, assim juntamente com índios e mestiços, foram os grandes curandeiros do Brasil colonial. As ações relacionadas a saúde bucal ficavam a cargo dos mestres cirurgiões, barbeiro ou tiradentes, que para atuar deviam possuir a carta de ofício concedida pela Corte (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Este documento que autorizava o ofício, tem seu surgimento datado aproximadamente do ano de 1521, sendo alterado pela primeira vez cerca de 100 anos depois, quando em 1631, para se conseguir a mesma era preciso comprovação de 2 anos de experiência na atividade de barbeiro (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A interferência da coroa portuguesa sobre as atividades dos mestres de ofício, marcam o surgimento de uma política para o setor da saúde, entretanto mesmo com tal interferência para a realização das atividades, a institucionalização dos ofícios, principalmente àqueles destinados a saúde bucal, ocorreu apenas após a chegada da família Real ao Brasil (NARVAI; FRAZÃO, 2008, SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A primeira Carta de dentista foi expedida no ano de 1811 e a assistência odontológica até o final do século XIX era voltada a atender as forças armadas, apenas em 1880 os consultórios odontológicos passaram a ser instalados nas Santas Casas destinados a realização de exodontias (NARVAI; FRAZÃO, 2008, SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Os primeiros cursos de odontologia foram criados em 1884 e a relação do Estado com a saúde bucal fixou-se na regulamentação de recursos humanos e ao exercício das atividades e ações de assistência restritas aos militares e às instituições filantrópicas (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

5. Políticas Públicas em saúde bucal- República

Vale destacar que durante a transição do Império para a República houve uma falta de políticas públicas de saúde e saneamento nas regiões mais afastadas e suburbanas, o que gerou no início do período republicano (1889) surtos de doenças endêmicas (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A preocupação com os serviços de saúde, apenas ocorreu no final do período da República Velha entre 1889 e 1930, o que culminou em algumas mudanças, tais como a promulgação da lei Eloy Chaves em 1923 e o surgindo assim o seguro social, que atendia aos trabalhadores ferroviários num primeiro momento e que se estendeu aos marítimos e estivadores posteriormente, implementação do serviço de atendimento médico domiciliar no segundo governo Vargas, antes restrito à assistência privada, passando a ser universal, porém limitado a casos de urgência (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A primeira referência ao Cirurgião Dentista no serviço público de saúde ocorreu em 1892 no Estado de São Paulo, destinado a atender crianças no ambiente escolar, com sistema de livre demanda, entretanto programas voltados a saúde bucal a nível nacional ocorreram apenas em 1952, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com os primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Num primeiro momento as ações da odontologia sanitária eram voltadas para as crianças que frequentavam a escola, originando o Sistema Incremental (S.I). Este sistema foi uma política pública inovadora, principalmente por se tratar de uma política específica para a saúde bucal (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Além da proposta do S.I a odontologia sanitária fomentou mudanças em ações intersetoriais, tais como a fluoretação das águas, que teve abrangência nacional em 1974 com a Lei Federal 6.050 que tornou obrigatória a fluoretação das águas de abastecimento público (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Durante a década de 70, mesmo o país vivenciando um regime político ditatorial, começavam a se difundir ideais de universalização, equidade e participação popular que caracterizariam posteriormente o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), responsável por instituir as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). A respeito Silvestre; Aguiar e Teixeira, (2013) destacam:

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 (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p.33).

De acordo com Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013) após a VIII CNS ainda em 1986 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que em seu relatório final expôs a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) inserida em preceitos de um sistema universal, equânime, integral e com participação popular, conforme estabelecido na VIII CNS, assim em 1988 o Brasil cria o SUS, seus princípios e diretrizes, promulgando a Constituição Federal. Silvestre; Aguiar e Teixeira (2013), apontam a respeito:

[...] 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 entefederado. O SUS é criado na contramão dos eventos internacionais e da política econômica nacional – o neoliberalismo (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p.33).

Em 1988 criou-se o Departamento de Odontologia junto ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) onde instituiu-se o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental. “[...] o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental [...] 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” (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p.33).

Oito meses após a promulgação da Constituição Federal, o Ministério da Saúde definiu paralelamente ao INAMPS, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que se baseava nos princípios da universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Sobre a PNSB Silvestre, Aguiar e Teixeira, (2013) dissertam:

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 (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p. 34).

Segundo Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013) em 1991 o governo lançou a Portaria nº 184, através dela ficou estabelecido um conjunto de procedimentos ofertados pelo SUS, que visavam a promoção e a prevenção em Saúde Bucal, por meio dos Procedimentos Coletivos (PC), estes surgiram com a intenção de substituir os Tratamentos Completados (TC) no que tangia os mecanismos de repasse de recursos a estados e municípios, permanecendo até o ano de 2006.

Em 1992, diante do então cenário político, com o impeachment do presidente Collor, com o vice Itamar Franco no poder, nada foi feito pela PNSB, entretanto com a substituição do governo em 1994, com o novo presidente Fernando Henrique Cardoso, apesar de poucas alterações na política de saúde bucal, experiências foram bem-sucedidas e implementadas em alguns municípios (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013). A respeito Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013) apontam que:

[...] 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 (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p.33 e 34).

Em 1994 houve uma grande mudança nas políticas públicas de saúde, Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013), apontam que as políticas antes voltadas para a atenção hospitalar, com recursos baseados na capacidade de produzir serviços individuais, voltam-se para a atenção primária, através da criação do Programa Saúde da Família (PSF) hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A mudança de denominação aconteceu pois, embora rotulado como programa, devido às suas especificidades ele fugia à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, observando que o mesmo não era e continua não

sendo uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas caracterizando-se como uma estratégia, o que possibilita a integração e a promoção da organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, esta transição também marca uma conquista, pois enquanto estratégia, esta importante medida deixa de ser um programa com possibilidade de ser extinto, para ser uma política de Estado, garantida e assegurada enquanto lei de âmbito federal (WAG, 2005).

No ano 2000, através da Portaria Ministerial 1.444 as ações de saúde bucal passaram a ter um incentivo financeiro fixo, visando a sua reorientação bem como a inserção do Cirurgião Dentista na ESF (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Destacam Silvestre; Aguiar e Teixeira (2013) a respeito:

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 (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p. 35).

Pode-se observar através dos fatos históricos apontados até aqui que, as ações em saúde bucal no Brasil não eram tão priorizadas, entretanto a partir do ano de 2002, a saúde bucal passa a ser encarada e desenvolvida como algo importante e necessário.

Segundo Brasil (2004) entre os anos 2000 e 2003 foi realizado o primeiro e mais completo levantamento epidemiológico de saúde bucal, com abrangência e coleta de dados a nível nacional, denominado de SB Brasil 2000, com os relatórios obtidos neste levantamento foi apresentado os dados relativos ao perfil de saúde bucal dos brasileiros, e a partir deles começaram a surgir as propostas para o Programa Brasil Sorridente. A respeito Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013) asseveram:

Em 2004, sob os auspícios do Governo Lula eleito em 2002, foi apresentada oficialmente uma nova PNSB denominada 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 (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013, p. 35).

Sob a nova perspectiva do Brasil Sorridente, a saúde Bucal no Brasil teve conquistas importantes, principalmente no que diz respeito ao acesso e aos serviços prestados à população. Sua criação advém de um documento do ano 2000, no qual havia um diagnóstico da situação da saúde bucal no Brasil. Deste modo a saúde bucal passa a ter como bases uma política centrada na vigilância em saúde, com ações a serem implementadas de imediato, onde o foco principal seguia as linhas de cuidado e expansão dos procedimentos clínicos realizados principalmente nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e nos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR). É importante destacar que o Brasil Sorridente foi criado seguindo os princípios e diretrizes do SUS, sendo complementado por uma gestão participativa enfatizada na ética, humanização do atendimento, acolhimento e vínculo entre equipe e usuário (LUCENA; JÚNIOR; SOUSA, 2011, SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Alguns outros acontecimentos importantes para a Saúde Bucal no Brasil do início dos anos 2000, foram a Realização

da III Conferência Nacional de Saúde Bucal com foco no acesso e qualidade em saúde bucal em 2004, a edição da Portaria MS/GM nº 648 que regulamentou a Atenção Básica e definiu as ações de saúde bucal nesse nível de atenção em 2006 juntamente com o lançamento do Pacto pela Saúde e em 2008 a nova legislação federal e a regulamentação das profissões de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB), respectivamente, as antigamente denominadas de ACD e THD (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Chaves *et. al* (2018) destacam que o Brasil Sorridente implementado no Brasil entre os anos de 2003 e 2004, promoveu um crescimento na oferta e cobertura dos serviços odontológicos entre os anos de 2003 a 2006 se mantendo pelos períodos de 2007 a 2010 e de 2011 a 2014.

Nota-se diante deste apanhado Histórico que até a criação do Brasil Sorridente poucas iniciativas ou políticas obtiveram destaque e impacto social. De acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) no site do Ministério da Saúde, o Brasil Sorridente é até o momento a última política pública criada e voltada exclusivamente para a saúde bucal no Brasil e continua em vigência após 18 anos da sua implementação.(BRASIL;2021)

6. As Condições de Saúde Oral da População e as Mudanças no Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal do Brasil de 2000 a 2021

Em 2002 o Ministério da Saúde realizou o levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal, a partir dos dados obtidos neste documento, criou-se o planejamento e a avaliação das ações de saúde bucal no Brasil. Além de possibilitar o delineamento de ações, o levantamento trouxe à tona os problemas bucais e a sua grande incidência e gravidade na população brasileira. Outros aspectos apontados pelo levantamento foram as desigualdades regionais persistentes e a condição de saúde bucal atrelada a elas (FISCHER *et al.*, 2010).

Destacam Fischer *et al.* (2010) a respeito:

[...] Estudos em nível individual revelam que os fatores de risco sociais, tais como baixa escolaridade materna e baixa renda familiar, são comuns à cárie dentária e a outras doenças e agravos infantis. Em estudos ecológicos esta relação também tem sido evidenciada, constatando-se que a experiência de agravos bucais é susceptível às desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a existência de iniquidades em saúde bucal. Estas iniquidades em saúde refletem-se, inclusive, no acesso e utilização dos serviços de saúde, observadas em estudos internacionais e nacionais (FISCHER *et al.*, 2010, p.127).

Segundo Junqueira.; Frias; Zilbovicius (2004) no ano de 2003, foi apresentado o perfil de saúde bucal dos brasileiros no Projeto SB Brasil, cujo os dados apontaram que, crianças de 12 anos de idade apresentavam um CPO-D menor que 3, o que era recomendado dentro dos padrões e metas da OMS e da Confederação Dentária Internacional para o ano 2000 , entretanto esse dado não correspondia de maneira homogênea a realidade das regiões do país.

O gráfico a seguir apresenta os dados sobre a cárie dentária em crianças de 12 anos no Brasil no ano de 2003.

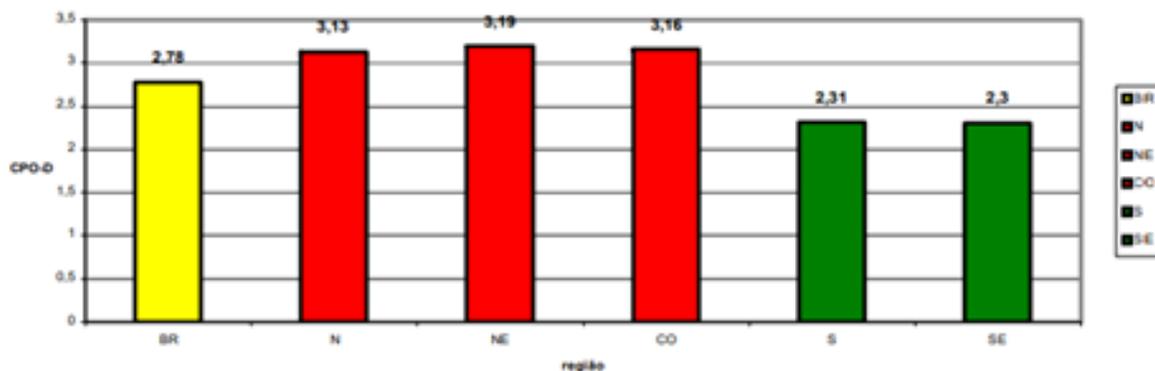


Fig. 1 - Prevalência da cárie dentária medida pelo índice CPO-D, aos 12 anos de idade, segundo regiões do Brasil em 2003. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 (Brasil 2004).

Tratando-se da condição periodontal os índices do ano 2003 se mostravam preocupantes, Junqueira; Frias; Zilbovicius (2004) em seu estudo apontam que menos de 50,0% dos jovens brasileiros entre 15 e 19 anos não possuíam problemas periodontais, entretanto essa porcentagem diminui com o aumento da faixa etária pois, dentre os idosos brasileiros com idade entre 65 a 74 anos, apenas 7,9% estavam livres da doença. O próximo gráfico apresenta a porcentagem de indivíduos livres de doença periodontal, segundo faixas etárias no Brasil em 2002.

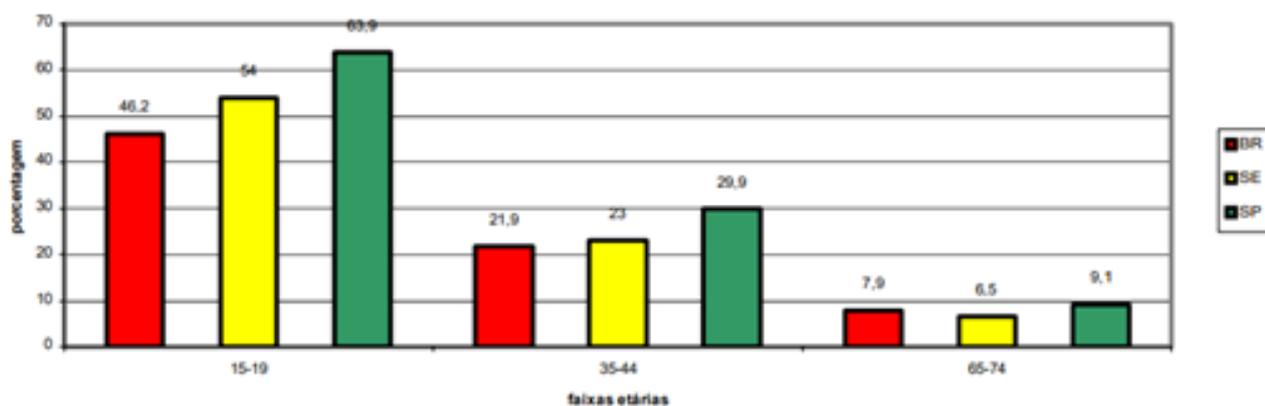


Fig. 2 - Porcentagem de indivíduos livres de doença periodontal, segundo faixas etárias, no Brasil, na região Sudeste em 2003 e no Estado de São Paulo em 2002. Fontes: Brasil 2004 e São Paulo 2003.

Conforme disposto no gráfico acima, no Estado de São Paulo a situação apresentava-se um pouco melhor nas diferentes faixas etárias, entretanto, Junqueira.; Frias; Zilbovicius (2004) destacam que os índices periodontais se apresentavam baixos entre os idosos, não por estarem saudáveis, mas por possuírem menor quantitativo de dentes na boca para serem examinados.

Tratando-se do índice de edentulismo observa-se que os dados do início dos anos 2000, revelaram a realidade de uma parcela considerável da população. Através de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e a Fiocruz apontaram que no Brasil no ano de 2003, 37,8% da população com mais de 50 anos de idade não possuía nenhum dente natural presente na boca (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004).

Sobre o acesso aos serviços odontológicos, dados obtidos pelo relatório da Pesquisa Nacional por Amostragem de

Domicílios (PNAD) mostraram que no ano de 1998, 18,7% da população brasileira nunca foram ao dentista, em 2003 o relatório do Projeto SB Brasil apontou uma pequena queda nesse percentual que era de 13,5% (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Segundo dados do Banco Mundial (2021), em 1998 a população brasileira era de 169,7 milhões de pessoas, os 18,7% da população que nunca havia ido ao dentista em 1998, de acordo com os dados da PNAD acima citados, correspondem a 31.752.600 pessoas. Em 2003 a população brasileira segundo os dados dos indicadores do Banco Mundial (2021) era de 181,8 milhões, sendo 13,5% desse número o equivalente a 24.543.000 pessoas, para se ter uma ideia da criticidade desse número, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2021) em 2020 a estimativa é de que a população do estado de Minas Gerais era de 21.292.666, desse modo, trazendo esse dado para uma realidade mais próxima de tempo, é como se no Brasil até o ano de 2003, toda a população deste estado nunca tivesse ido ao dentista. Ampliando o cenário, de acordo com o IBGE (2021) no ano de 2019 a população dos 7 estados que compõem a região norte do Brasil (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) correspondia a 18.430.980 pessoas, aplicando aos dados de 2003, é como se até este ano, toda a região norte do Brasil nunca tivesse ido ao dentista.

7. Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

Durante anos as práticas odontológicas estiveram à margem das políticas públicas destinadas à saúde no Brasil, tornando o acesso às medidas de saúde bucal limitadas e de difícil acesso à população (BRASIL, 2021).

Até o ano de 2003, o principal serviço odontológico oferecido pela rede pública era a extração dentária, que aliada à demora na busca e o acesso aos atendimentos odontológicos, fez com que se perpetuasse no país a visão da odontologia mutiladora, rendendo ao Brasil o apelido de "o país dos banguelas" (CHAVES *et al.*, 2017; BRASIL, 2021).

Não existia no Brasil uma política pública abrangente a nível nacional destinada a saúde bucal até a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que criou o programa Brasil Sorridente no ano de 2003, e que foi publicado em 2004 e posteriormente transformado em uma política pública, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ainda vigora no Brasil (CHAVES *et al.*, 2017; BRASIL, 2021)

Brasil (2021) assevera a respeito:

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (BRASIL, 2021).

O programa Brasil Sorridente foi criado a partir da realidade e das necessidades constatadas através de análise da condição de saúde bucal dos brasileiros. O objetivo central do programa é a reorganização a prática e a qualificação dos serviços odontológicos oferecidos, reunindo uma série de ações voltadas para os cidadãos de todas as idades, ampliando o acesso ao tratamento odontológico gratuito no Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2021).

7.1 Propostas da PNSB- 2003 A 2014

A partir da criação do Programa Brasil Sorridente nos governos Lula e Dilma, houve propostas e ações institucionais

para a saúde bucal brasileira, que culminaram na mudança dos indicadores dos serviços públicos odontológicos, as quais serão abordadas neste tópico.

De acordo com Chaves *et al.* (2017) entre 2003 e 2006, foi proposto dentro do Programa Brasil Sorridente, a formulação e a aprovação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), sendo essas distribuídas em 4 eixos, sendo eles: Ampliação e qualificação das Equipes de Saúde Bucal (ESB); criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); ampliação da fluoretação e a vigilância da saúde bucal (monitoramento de indicadores) e estabelecimento de metas para o ano 2005.

Chaves *et al.* (2017) descrevem-nas:

a)- criação de 265 CEO, b)- criação de 484 Consultórios Odontológicos para ESB modalidade II, c)- Apoio a 500 Sistemas de Fluoretação, d)- alcançar 12 mil equipes em 2005, com 82,8% da população assistida, com 4 mil municípios cobertos pela Atenção à Saúde Bucal (SB) e alcançar 82 milhões e até o final da gestão, a meta de 100% da população assistida (CHAVES *et al.*, 2017, p.1795).

7.2 Perfil Epidemiológico- antes, durante e após a implementação da PNSB

No ano 2000, conforme apontado anteriormente, foi realizado o mais abrangente inquérito nacional, seus dados foram divulgados em 2003. Este inquérito apontou que, das metas estabelecidas pela OMS para CPO-D aos 12 anos e dos 35 aos 44 anos foram atingidas, entretanto 54% dos adultos e cerca de 10,2% dos idosos possuíam 20 dentes ou mais, destaca-se nesse cenário também a existência de grandes desigualdades sociais e regionais (CHAVES *et al.*, 2017).

Em 2010 foi realizado um novo levantamento pelo SB Brasil- 2010 e através dele constatou-se a melhora nos índices de CPO-D entre as crianças em idade escolar que atingiram a meta proposta, o mesmo não aconteceu com as crianças em idade pré-escolar, entretanto o edentulismo ainda apresentava-se elevado e o índice de CPO-D de 35-44 anos era de 16,3 e de 65-74 anos, 27,5 (CHAVES *et al.*, 2017).

Nesse contexto a persistência das desigualdades sociais regionais, com severidade maior nas cidades menores do interior das regiões norte e nordeste, com melhores indicadores nas capitais e cidades médias das regiões sul e sudeste (CHAVES *et al.*, 2017). No período de 2011 a 2014 não há dados, pois o Inquérito Nacional foi proposto a ser realizado a cada 10 anos, sendo o próximo previsto a se realizar no ano de 2020, entretanto em decorrência da pandemia do novo Coronavírus o Inquérito Nacional foi adiado para o ano de 2021 e até o presente momento devido as circunstâncias, ainda não foi realizado.

7.3 Perfil do mercado de trabalho e formação profissional

Em 2003 o SUS contava com 29,3% de todos os cirurgiões dentistas do país, neste mesmo ano os dados apontaram que 37% dos dentistas possuíam renda na faixa de R\$1.000,00 a R\$2.000,00 reais ao mês e 5% entre 4.000 a 5.000 reais ao mês. No ano de 2005 o país contava com 201,1 mil de dentistas, 170 faculdades com oferta de curso de odontologia, onde 68,8% correspondiam à rede privada de ensino superior (EIDELWEIN, BERTI, 2010; CHAVES *et al.*, 2017).

No ano de 2009, o Brasil tinha 219,6 mil dentistas, dos quais 27% trabalhavam no SUS. O número de faculdades com oferta do curso de odontologia apresentou aumento, passando para 197 faculdades, sendo 72% rede privada. Em 2007

35% dos dentistas possuíam renda mensal de 1000 a 2000 reais e 9% apresentavam renda entre 4 a 5 mil reais ao mês (CHAVES *et al.*, 2017).

Em 2014 o Brasil possuía 264,5 mil Dentistas, dos quais 30% eram empregados pelo SUS. Em 2012 o número de faculdades com oferta do curso de odontologia era de 203 e 72,9% na rede privada. Em 2014 o salário médio do Cirurgião Dentista no Brasil chegou a R\$4.238,65 (CHAVES *et al.*, 2017). Observa-se que houve um aumento nesses índices, onde o Cirurgião Dentista passou a ter mais oportunidades de trabalho e uma maior valorização do profissional.

8. Oferta - Disponibilidade da atenção odontológica pública

No ano de 2006, o SUS atingiu a 15.086 Equipes de saúde Bucal, o que representou um aumento de 254,04% em relação ao ano de 2002. Em 2004 a oferta de serviços especializados era 100 centros especializados, já no final de 2006 chegou a 498 centros especializados, representando um aumento de 396% (CHAVES *et al.*, 2017).

No ano de 2010 o saldo de ESB no Brasil era de 20.424 no PSF, o que representou um aumento de 35,4% em relação ao ano de 2006. Já os Centros especializados, no ano de 2010 já somavam 853 centros implantados, um aumento de 71,3% em relação a 2006. Também em 2010, chegou-se ao número de 600 laboratórios de prótese dentárias (LRPDs) (LOURENÇO *et al.*, 2009; CHAVES *et al.*, 2017).

No ano de 2014 o Brasil Sorridente chegou aos seus 10 anos de implementação, neste ano as equipes de Saúde bucal apresentaram um aumento de 18,7% em relação a 2010, atingindo o número de 24.243, já os LRPDs, somavam 1995. Os centros de especialidades apresentaram um aumento de 20,6% em relação ao ano de 2010, atingindo a marca de 1030 centros implantados no país (CHAVES *et al.*, 2017).

8.1 Utilização dos serviços públicos e privados

Segundo Chaves *et al.* (2017) os dados da PNAD 2003, apontaram que cerca de 15,9% da população brasileira (27,9 milhões de pessoas), nunca tinha ido ao dentista até 2003, de acordo com o Projeto SB Brasil 2003, 14% dos adolescentes, 3% dos adultos e 5,8% dos idosos brasileiros, nunca haviam ido ao dentista até o ano de 2003, neste mesmo ano, de acordo com este levantamento apenas 30,7% da população utilizou os serviços de saúde bucal pelo SUS, os outros 64,4% da população utilizaram a rede particular (48,2% fez pagamento em dinheiro; 16,2% fez uso de plano de saúde).

Os dados da PNAD 2008 apontaram que 88,5% da população foi ao dentista, sendo que dessa porcentagem, 40,4% buscou atendimento odontológico nos últimos 12 meses de 2008. Ainda segundo esse levantamento 11,7% da população nunca havia ido ao dentista em 2008, o que correspondia a 22,1 milhões de pessoas. Dentre os que buscaram atendimento odontológico, 29,7% usaram o SUS, 69,6% usaram a rede particular (BRASIL, 2012; CHAVES *et al.*, 2017).

Nota-se a partir dos dados apresentados que de 2003 para 2008, houve um aumento no número de pessoas que foram ao dentista pela primeira vez, assim como no número de pessoas que buscaram serviços odontológicos particulares, atrelado a isto observa-se pelos dados que ocorreu uma diminuição na busca pelos serviços de saúde bucal oferecidos pelo SUS.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2013 19,6% da população buscou as unidades básicas de saúde para atendimento odontológico em 2013, a pesquisa ainda apontou que existia desigualdade na utilização dos serviços odontológicos, onde 67,4% que buscaram o serviço possuíam escolaridade e 36,6% não (CHAVES *et al.*, 2017).

9. Conclusão

Até os anos 2000 a saúde bucal brasileira não havia recebido tanta ênfase e notoriedade, as políticas públicas voltadas para a saúde bucal em sua grande maioria até então não haviam sido pensadas nem criadas para beneficiar um maior número de pessoas, mas sempre grupos específicos.

Outro aspecto conclusivo desta pesquisa é que em grande parte da história as políticas em saúde bucal assumiram uma postura assistencialista no Brasil, curativa por meio de ações mutiladoras e raramente ou quase nunca preventivas, o que reflete ainda hoje na vida das pessoas, assim como a visão das mesmas sobre a saúde bucal e o trabalho do cirurgião dentista. O papel da odontologia no Brasil bem como a maneira da população enxergá-la começou a se transformar com a implementação do Brasil Sorridente- PNSB, que foi pensado a partir do levantamento SB Brasil 2000- responsável por escancarar a precariedade da saúde bucal do país, a partir deste momento as ações de saúde bucal sofreram uma expansão e promoveram uma transformação dos serviços que passaram a ter como referência o princípio constitucional da universalização, sendo este um grande marco, fazendo com que as ações e serviços em saúde bucal pudessem alcançar grupos populacionais esquecidos.

Muito já se alcançou, sabe-se que o caminho a ser percorrido ainda é longo tratando-se das políticas públicas em saúde bucal, mas hoje o maior desafio da odontologia brasileira é não perder o que já foi conquistado, para que continuemos no caminho do Brasil sorridente e não de um Brasil sem dente.

Referências

- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 44, p. 360-365, maio 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2010.v44n2/360-365/pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.
- BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.
- BANCO MUNDIAL. **População, total - Brasil - 1998**. 2021. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2001&locations=BR&start=1998&view=chart>. Acesso em: 20 maio 2021.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, [S.L.], v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996
- BRACHT, Fabiano; CONCEIÇÃO, Gisele Cristina da; SANTOS, Christian Fausto Moraes dos. A AMÉRICA CONQUISTA O MUNDO: UMA HISTÓRIA DA DISSEMINAÇÃO DAS ESPECIARIAS AMERICANAS A PARTIR DAS VIAGENS MARÍTIMAS DO SÉCULO XVI. **Revista Brasileira de Pesquisa em Alimentos**, Campo Mourão, v. 2, n. 1, p. 11-16, jan. 2011. Disponível em: http://www.dhi.uem.br/lhc/images/PDFs/a_america_conquista_o_mundo_-_fabiano_christian_gisele.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.
- BRASIL. Jaqueline. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Quando foi sua última visita ao dentista?**. Uma leitura dos dados da PNAD 2008. 2012. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/quando-foi-sua-ultima-visita-ao-dentista-uma-leitura-dos-dados-da-pnad-2008/>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária À Saúde. **PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnsb>. Acesso em: 14 mar. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2004. 51 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.
- BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Brasil Sorridente**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>. Acesso em: 14 mar. 2021
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, p. 76-91, 2018.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 6, n. 22, p. 1791-1803, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n6/1791-1803/pt/>. Acesso em: 15 maio 2021.

EIDELWEIN, M.; BERTI, P. P. **A saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de Porto Alegre-Rio Grande do Sul**. V. 2010. 825 P.

ELY, H. C.; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. dos. **Políticas de Saúde Bucal: breve histórico das políticas de saúde bucal no Brasil**. 17. ed. Brasília/Porto Alegre: Mimeo, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.0

FISCHER, T. K. *et al.* Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 13, p. 126-138, 2010.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C.. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. **RODE, SM; NUNES, SG Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, p. 591-604, 2004

LOURENÇO, E. do C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, p. 1367-1377, 2009.

LUCENA, E. H. G. de; JUNIOR P., G. A.; SOUSA, M. F. de, A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 53-63, 15 dez. 2011. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039>. Acesso em: 14 mar. 2021.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Políticas de saúde bucal no Brasil. Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, p. 1-20, 2008.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. **SciELO-Editora FIOCRUZ**, 2008.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W. de; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

SPEZZIA, S. **Uma análise das Políticas Públicas voltadas para os Serviços de Saúde Bucal no Brasil**. 2014. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão Pública, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2014. Disponível em: http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/23055/3/PB_GP_IV_2014_16.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

WAG, R. Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **RevLatino-am Enfermagem**, [S.L.], v. 13, n. 6, p.1027-34, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em 28 julho 2021.

O presente trabalho encontra-se na formatação paralela tendo em vista estar publicado na revista SCIENTIA GENERALIS, deste modo as partes do texto estão de acordo com a publicação e com o que consta no manual de Orientação de trabalhos científicos da Faculdade Patos de Minas- FPM.

OLIVEIRA, Érika T. de; DA SILVA, M. H.; TEODORO, T. A. D. .; GONÇALVES, S. A. .; BRANDÃO, L. A. .; PEREIRA, S. G. .; GÓES, R. W. L. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL AO LONGO DOS ANOS E AS MUDANÇAS NOS INDICADORES DE SAÚDE. **Scientia Generalis**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 231–244, 2021. Disponível em: <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/199>. Acesso em: 17 nov. 2021.