

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

KELLY RODRIGUES MOTA  
ANA CAROLINY DO NASCIMENTO OLIVEIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS: PERSPECTIVA  
HISTÓRICA, ESTADO DA ARTE E DESAFIOS FUTUROS**



MACEIÓ-AL  
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

KELLY RODRIGUES MOTA  
ANA CAROLINY DO NASCIMENTO OLIVEIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS: PERSPECTIVA  
HISTÓRICA, ESTADO DA ARTE E DESAFIOS FUTUROS**



Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas, como parte dos requisitos para conclusão do curso de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Valdeci Elias dos Santos Junior

MACEIÓ-AL  
2021

Kelly Rodrigues Mota

Ana Caroliny do Nascimento Oliveira

Políticas públicas de saúde bucal para crianças: perspectiva histórica, estado da arte e desafios  
futuros

Banca Examinadora:

-----  
Prof. Dr. Valdeci Elias dos Santos Junior- ORIENTADOR

-----  
Profa. Dra. Ana Regina Oliveira Moreira - EXAMINADOR

-----  
Profa. Dra. Daniela Maria Carvalho Pugliesi - EXAMINADOR

APROVADA EM: 03/12/2020

-----  
Coordenação dos Trabalhos de Conclusão de Curso da FOUFAL

Research, Society and Development, v. 9, n. 11, eXX, 2020  
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.XX>

**Políticas públicas de saúde bucal para crianças: perspectiva histórica, estado da arte e desafios futuros**

**Public oral health policies for children: historical perspective, state of the art and future challenges**

**Políticas públicas de salud bucodental para niños: perspectiva histórica, estado del arte y desafíos de futuro**

Recebido: 03/11/2020 | Revisado: 10/11/2020 | Aceito: 12/11/2020 | Publicado: 18/11/2020

**Kelly Rodrigues Mota**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1656-608X>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: [kellyrmota@outlook.com](mailto:kellyrmota@outlook.com)

**Ana Caroliny do Nascimento Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8660-2245>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: [anacaroll\\_21@hotmail.com](mailto:anacaroll_21@hotmail.com)

**Mônica Vilela Heimer**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3842-192X>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: [monica.vilelaheimer@gmail.com](mailto:monica.vilelaheimer@gmail.com)

**Ana Regina de Oliveira Moreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3756-2675>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: [ana.regina@foufal.ufal.br](mailto:ana.regina@foufal.ufal.br)

**Daniela Maria Carvalho Pugliesi**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7854-0416>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: dpugliesi@hotmail.com

**Valdeci Elias dos Santos Junior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9748-5830>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: valdeciodonto@gmail.com

## **Resumo**

O presente estudo analisou as políticas de atenção primária à saúde voltada à Odontopediatria, identificando a trajetória, a formação da agenda política e os desafios, no período 1912 a 2020. A estratégia de busca dos documentos legais foi realizada no acervo digital do Ministério da Saúde, no Diário Oficial da União e no Portal da Legislação. Já os artigos, foram pesquisados na BVS e SciELO, utilizando os descritores: políticas públicas de saúde, saúde bucal, criança e escolares, associados entre si. Foram encontrados 356 artigos e, após análise, 35 foram selecionados. Além deles, 18 documentos legais e dados secundários dos levantamentos de saúde bucal foram utilizados para composição desta linha histórica. Verificou-se que o acesso das crianças ao atendimento público odontológico foi priorizado pelo modelo incremental, fundamentado na lógica curativa e intervencionista. Com a adoção de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, houve a implantação de um modelo que privilegia a prevenção e promoção da saúde, expressando-se por meio de modelos integrais, de inversão da atenção, atenção precoce, até atingir o modelo atual de caráter universal e igualitário que tange a esfera pública. Apesar da ampliação da oferta no acesso às ações clínicas e educacionais destinados a esse público, a prevalência dos principais agravos em saúde bucal ainda se encontram em níveis distantes dos aceitáveis, sendo evidente o quanto as políticas de saúde bucal destinadas à criança estão subordinadas às ações dos sucessivos governos, devendo tais ações serem assimiladas como política de Estado, dirimindo as variabilidades decorrentes de mudanças no cenário político-democrático-governamental.

**Palavras-chave:** Políticas públicas de saúde; Saúde bucal; Odontopediatria; Serviços de saúde.

## **Abstract**

The present study analyzed the primary health care policies aimed at Pediatric Dentistry, identifying the trajectory, the formation of the political agenda and the challenges, from 1912

to 2020. The strategy of searching for legal documents was carried out in the digital collection of the Ministry of Health, in the Federal Official Gazette and in the Legislation Portal. The articles were searched in the VHL and SciELO, using the descriptors: public health policies, oral health, children and schoolchildren, associated with each other. 356 articles were found and, after analysis, 35 were selected to compose this study. In addition, 18 legal documents and secondary data from oral health surveys were used to compose this historical line. It was found that children's access to public dental care was prioritized by the incremental model, based on the curative and interventionist logic. However, with the adoption of an expanded conception of the health-disease process, there was a need to adapt scientific dentistry to a model that privileges prevention and health promotion, expressing itself through integral models, inversion of attention, attention early, until reaching the current model of universal and egalitarian character that affects the public sphere. Despite the increase in the offer of access to clinical and educational actions aimed at this public, the prevalence of the main oral health problems is still far from acceptable levels, and it is evident how the oral health policies aimed at children are subordinate to the will policy of successive governments, and such actions must be assimilated as State policy, resolving the variability resulting from changes in the political-democratic-governmental scenario.

**Keywords:** Public Health Policy; Oral Health; Pediatric Dentistry; Health Services.

## **Resumen**

El presente estudio analizó las políticas de atención primaria de salud orientadas a la Odontopediatría, identificando la trayectoria, la formación de la agenda política y los desafíos, desde 1912 hasta 2020. La estrategia de búsqueda de documentos legales se llevó a cabo en la colección digital del Ministerio de Salud, en el Diario Oficial de la Federación y en el Portal de Legislación. Los artículos fueron buscados en la BVS y SciELO, utilizando los descriptors: políticas públicas de salud, salud bucal, niños y escolares, asociados entre sí. Se encontraron 356 artículos y, tras el análisis, se seleccionaron 35. Además, se utilizaron 18 documentos legales y datos secundarios de encuestas de salud bucal para componer esta línea histórica. Se encontró que el acceso de los niños a la atención odontológica pública fue priorizado por el modelo incremental, basado en la lógica curativa e intervencionista. Con la adopción de una concepción ampliada del proceso salud-enfermedad, se dio la implementación de un modelo que favorece la prevención y promoción de la salud,

expresándose a través de modelos integrales, de inversión de atención, atención temprana, hasta llegar al modelo actual. de carácter universal e igualitario que tocan la esfera pública. A pesar del incremento en la oferta de acceso a acciones clínicas y educativas dirigidas a este público, la prevalencia de los principales problemas de salud bucal aún se encuentra en niveles alejados de los niveles aceptables, mostrando cómo las políticas de salud bucodental infantil están subordinadas a las acciones. sucesivos gobiernos, y tales acciones deben ser asimiladas como política de Estado, resolviendo la variabilidad resultante de cambios en el escenario político-democrático-gubernamental.

**Palabras clave:** Políticas de salud pública; Salud bucal; Odontología Pediátrica; Servicios de salud.

## 1. Introdução

Ao longo da história, o acesso dos brasileiros ao atendimento público odontológico se mostrou limitado, principalmente quando relacionado aos cuidados com a saúde bucal das crianças (Spezzia, Carvalheiro & Trindade, 2015). Esta problemática suscitou, ao final do século XIX, deliberações por políticas públicas que reconhecessem os serviços de assistência odontológica infantil como prioridade (Oliveira & Matos, 2018). Tais políticas públicas se caracterizam, de modo geral, como uma congregação de ações do poder público e fazem parte de um conjunto de discussões e procedimentos que auxiliam nas relações entre o poder governamental e a sociedade, visando solucionar problemas de coletividade (Spezzia, et al., 2015).

Entretanto, apesar do estabelecimento teórico do papel dessas políticas públicas, a inserção da saúde bucal tem sido marcada por conflitos e contradições, encontrando-se condicionada aos programas governamentais e interesses políticos vigentes, estando suscetível às alterações proporcionadas pelo dinamismo da esfera política (Gomes, Gomes & Mattos, 2016). Este fato remonta desde as primeiras iniciativas públicas para a implementação desse cuidado à criança, tendo o foco em ambiente escolar e no sistema incremental (Nickel, Lima & Silva, 2008). Nessa perspectiva, sucedeu-se a busca por novos paradigmas e uma ressignificação da assistência odontológica, em vista da consolidação de políticas relacionadas à criança (Curi, Figueiredo & Jamelli, 2018), apesar dos sucessivos avanços e retrocessos alinhados às prioridades governamentais diversas (Portaria nº 526, 2020).

No período pós-constituente, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, abriu-se a possibilidade de conformação de uma agenda para gestão da saúde bucal, enquanto política pública, a partir de um sistema gratuito e integral, de caráter universal (Krunger & Reis, 2019). Com a implementação desse sistema houve a substituição do modelo da História Natural da Doença, pautado em níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, para a adoção de uma concepção integralista da saúde (Austregésilo, Leal, Figueiredo, & Góes, 2015).

Apesar da ampliação na cobertura da atenção primária à saúde bucal obtida na última década (Almeida et al., 2018), ainda persiste um quadro de iniquidade no acesso e na utilização dos serviços pelas populações mais vulneráveis, o que pode ser explicado pelo subfinanciamento em infraestrutura de saúde e dificuldades na organização da oferta de serviços, afetando diretamente a qualidade sobre o cuidado (Pitombeira & Oliveira, 2020; Garbois, Sodré & Dalbello-Araujo, 2017). Além disso, a estruturação e o nível organizacional do sistema não são equânimes entre as regiões, e com isso o Brasil apresenta diversas realidades na oferta do serviço odontológico à criança (Agnelli, 2015).

Este estudo buscou analisar, a partir de uma perspectiva processual, as políticas de atenção primária à saúde direcionadas à Odontopediatria, identificando a trajetória, a formação da agenda e da política no período de 1912 a 2020, bem como identificar os desafios para ampliar a capacidade de atenção odontológica integral à criança. Esse resgate histórico visa elucidar elementos intrínsecos das políticas em saúde bucal que impactam sobre a inércia da consolidação da oferta de serviços nessa área.

## **2. Metodologia**

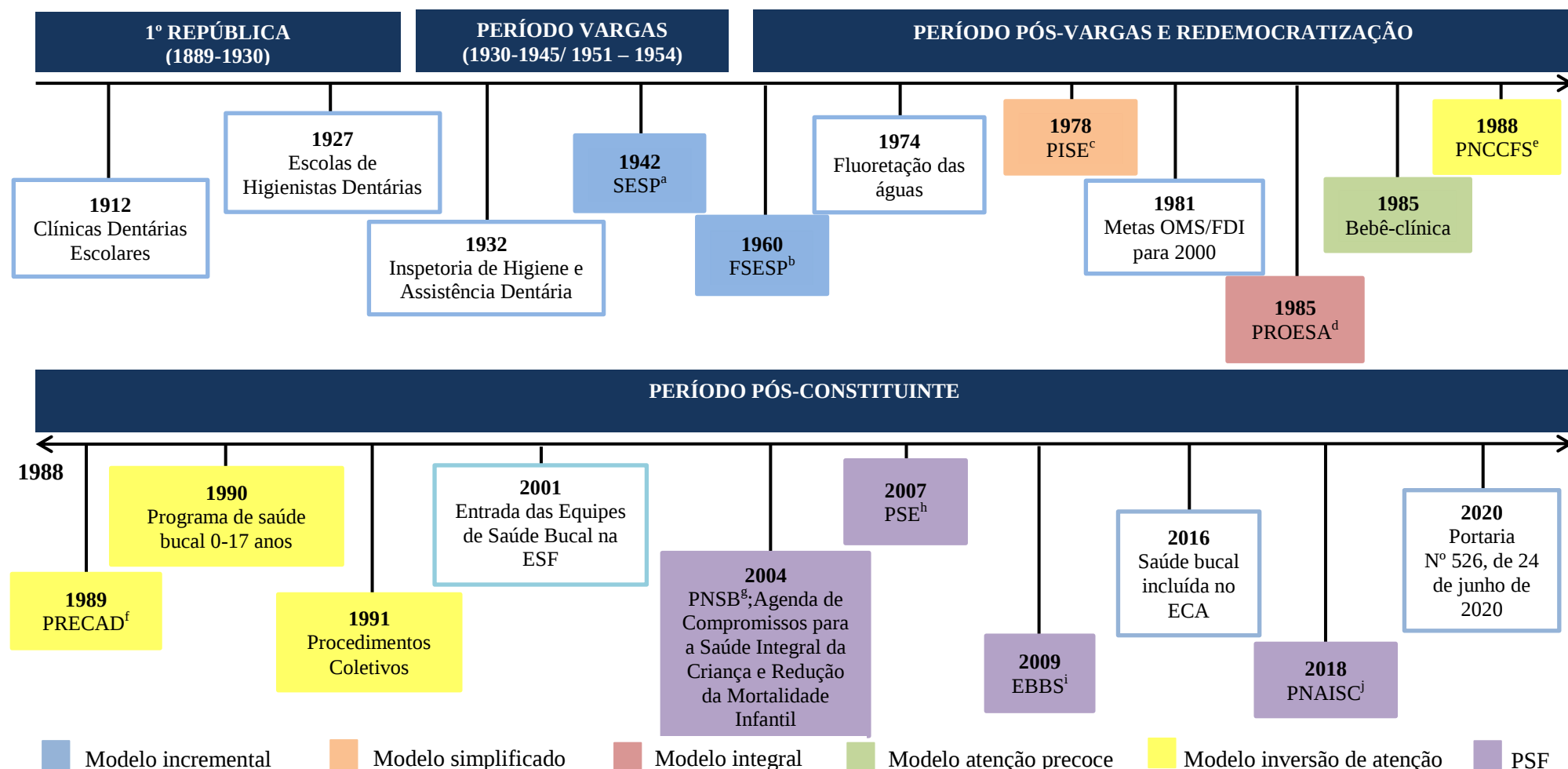
Este trabalho é uma revisão integrativa da literatura, que se configura como um estudo de natureza política, sobre diretrizes de políticas públicas direcionadas à saúde bucal na infância, com enfoque em seu processo de formação (Cohn, 2016, p 231-58).

A estratégia de busca dos documentos legais, no período de 1912 a 2020, foi realizada no acervo digital do Ministério da Saúde, no Diário Oficial da União e no Portal da Legislação. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados BVS e SciELO, utilizando os descritores: políticas públicas de saúde, saúde bucal, criança e escolares, associados entre si através de operadores booleanos.

Foram incluídos artigos científicos, teses, dissertações e documentos legais, dentro da temática proposta com textos completos, além de dados secundários dos levantamentos de saúde bucal dos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010.

A narrativa do recorte histórico, sob a perspectiva processual de formação de políticas públicas que concerne à Odontopediatria está organizada em duas sessões, período pré-constituente e período pós-constituente, e em cada uma dessas foram levantadas as informações factuais de ações e intervenções conforme interesses políticos e sociais, além das características inerentes dos modelos de atenção em saúde vigente em cada momento referido (Figura 1).

**Figura 1** – Cronologia das principais ações de organização da atenção odontológica à criança pelo sistema de saúde: 1912 - 2020



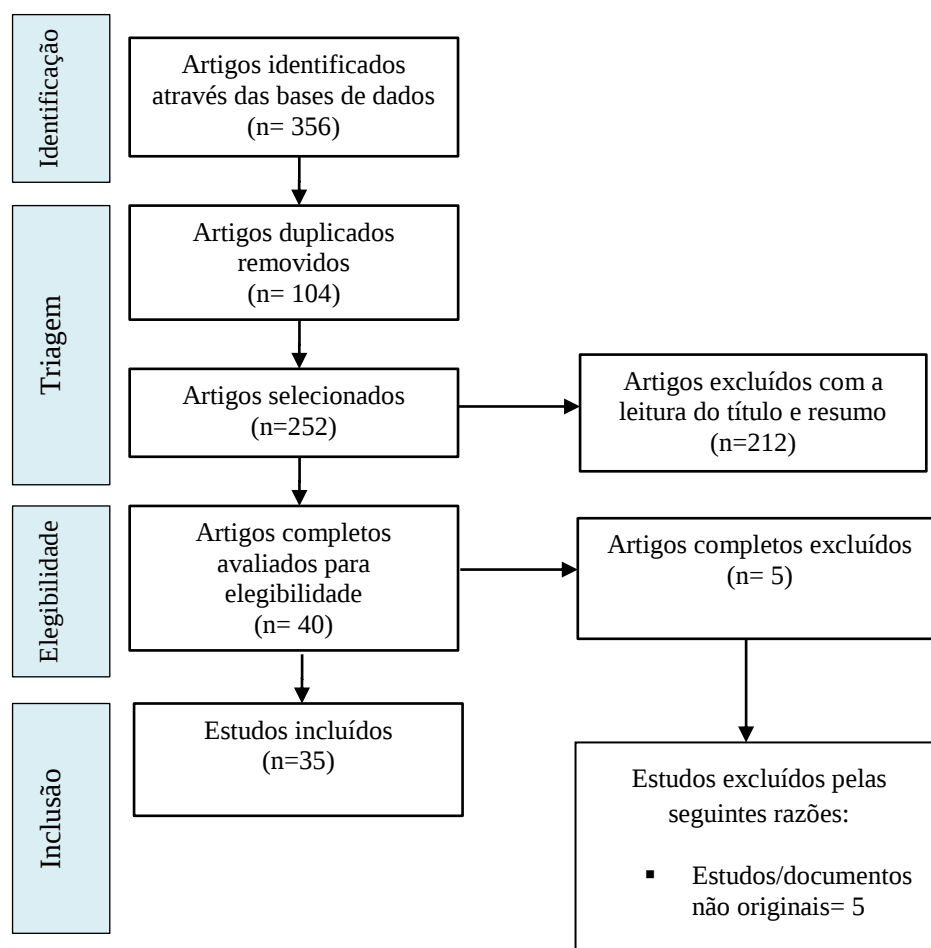
- a. Serviço Especial de Saúde Pública; b. Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; c. Programa Integrado de Saúde Escolar; d. Programa Odontológico Escolar de Saúde; e. Programa Nacional de Controle de Cárie Dentária com o uso de Selantes e Flúor; f. Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária; g. Programa Nacional de Saúde Bucal; h. Programa de Saúde na Escola; i. Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis; j. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança.

**Fonte:** Mota et al., 2020.

### 3. Resultados e Discussão

A pesquisa exploratória encontrou 356 artigos potencialmente elegíveis. Após a exclusão das duplicatas (104), 252 artigos foram analisados pela leitura de títulos e resumos. Destes, 212 artigos não atenderam ao objetivo desse estudo, restando 40 estudos para a leitura do texto completo. Foram excluídos 5 artigos, resultando 35 artigos para extração de dados e síntese qualitativa. Além deles, 18 documentos legais e dados secundários dos levantamentos de saúde bucal dos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010 foram utilizados para composição dessa linha histórica (Figura 2).

**Figura 2** – Fluxograma dos artigos selecionados



**Fonte:** Mota et al., 2020.

### 3.1 Período pré-constituente e saúde bucal de crianças

A instalação da República foi permeada por constantes mudanças, com investimentos em obras públicas e políticas sanitárias, resultantes da motivação nacionalista em modernizar o país (Carvalho, 2013). A virada do século XIX traz consigo a imigração de um grande número de trabalhadores europeus. Contudo, com o assolamento da febre amarela, a vinda dos europeus para o Brasil foi drasticamente ameaçada e o governo se viu obrigado a melhorar as condições sanitárias das cidades brasileiras. Assim, a questão sanitária brasileira tem seu surgimento atrelado aos interesses econômicos governamentais, pautando tal motivação como base para delineamento dos primeiros investimentos em saúde pública (Santos, 1985).

Em 1912, esse investimento em saúde pública passou a compreender também a saúde bucal, introduzindo-a na assistência pública por meio do atendimento odontológico às crianças em idade escolar, com a criação dos chamados gabinetes dentários escolares (Souza, 1931). A figura do dentista passou a compor o ambiente escolar, ficando a cargo destes, o ensino de práticas de autocuidado, a realização de exames e alguns procedimentos, como exodontias, dos quais eram patrocinados por senhoras da elite e por recursos públicos (Martins & Aguiar, 2011; Mott et al., 2008).

Com o início do processo de industrialização e o crescimento urbanístico no país, as condições precárias de higiene e de saúde dos trabalhadores tornaram-se mais evidentes, levando ao surgimento de organizações sindicais e da luta pelos direitos trabalhistas. Com o objetivo de minimizar a pressão oriunda das reivindicações, é criada a Lei Elói Chaves, em 1923, como marco inicial da Previdência Social, instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os trabalhadores urbanos, oferecendo assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões (Júnior A & Júnior L, 2006). As crianças consideradas dependentes desses trabalhadores passaram a receber assistência médica. Contudo, o acesso ao cuidado em saúde encontrava-se limitado aos trabalhadores formais do setor industrial e seus dependentes, deixando de incluir uma parcela expressiva da população brasileira submetidas ao emprego informal e ambiente rural (Araújo et al., 2014).

A chegada de Getúlio Vargas ao poder, em 1930, dá início ao processo de estruturação do Estado nacional, com o objetivo de fortalecer a máquina pública

brasileira. Nesse contexto, ocorre a fundação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) (Alves, 2011; Fonseca, 1993) e o infante passa a ser alvo de preocupação governamental, especialmente no que concerne à mortalidade e delinquência infantil, além do menor abandonado. Essa assistência à infância era executada, principalmente, por instituições privadas com o propósito de garantia dos seus direitos e tinha como escopo contribuir para a associação da imagem de “criança bem assistida” à nova nação que o governo varguista almejava construir perante investidores e órgãos estrangeiros (Fonseca, 1993).

Paralelamente aos serviços de saúde pública, foi criado um sistema previdenciário que passou a oferecer assistência médica aos trabalhadores, ligado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (Alves, 2011; Fonseca, 1993). Marcada por um projeto político trabalhista, deu-se a criação Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel da CAP e dando início ao sistema de proteção social brasileiro (Júnior A & Júnior L, 2006). Porém, apesar do interesse em consolidar um Estado nacional pautado em políticas sociais que contemplasse os públicos fora do âmbito formal de trabalho, ambos os ministérios criados (MESP e MTIC) residiam contrapontos entre as concepções corporativista e universalista, tornando o projeto de saúde pública varguista contrastante ao direito à saúde (Alves, 2011; Fonseca, 1993).

Vale destacar a criação da inspetoria de higiene escolar e educação sanitária, implantada inicialmente no estado de São Paulo e regulamentada pelo decreto estadual nº 5.394, de 25 de fevereiro de 1932. Baseada na criação da citada inspetoria, o Governo impunha que todos os alunos matriculados nos estabelecimentos públicos fossem sujeitos à inspeção e tratamento odontológico e que a recusa deveria ser justificada por atestado de saúde oral emitido por profissional do âmbito privado (Decreto nº 5.394, 1932).

O início da atenção à saúde bucal de crianças era focado no ambiente escolar, atendendo crianças a partir dos sete anos, enquanto que as crianças de zero a seis anos ficavam sem o devido acompanhamento médico-odontológico (Guimarães, 2017; Oliveira & Matos, 2018). Além disso, a taxa de matrícula na época não abarcava a totalidade de crianças e nem possuía distribuição uniforme entre as mais variadas regiões econômicas do país, privilegiando as classes de maior poder econômico

(Guimarães, 2017). Ainda que os profissionais realizassem ações educativas, a abordagem odontológica tinha o foco curativo, sem fundamentação epidemiológica ou planejamento estratégico (Soares, 2017).

Em 1942, no decorrer da Segunda Guerra Mundial, o Governo do Brasil em associação com os Estados Unidos da América (EUA), por meio do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), em convênio com a fundação Rockefeller, criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (Andrade & Araújo, 1977). Para os norte-americanos, esse acordo abrangia o interesse em reduzir a propagação de doenças por meio de programas de saúde geral, nutrição e saneamento em áreas onde foram instaladas bases militares norte-americanas e em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas para a sua indústria bélica. Esses programas possuíam um caráter imediatista e não universal (Figueiredo, 2007).

Em se tratando de Odontologia sanitária, os primeiros programas enquadrados nessa concepção no país foram incluídos tardiamente no projeto do SESP (Cordeiro, França, Fonseca, Mendes & Honda, 2001), delineado pelo sistema incremental. Pouco antes do término do acordo bilateral entre Brasil e EUA, que garantia o funcionamento do SESP, o presidente Juscelino Kubitschek sancionou a lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960, transformando o SESP em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), de caráter permanente, vinculada ao Ministério da Saúde, com jurisdição em todo o território nacional (Lei nº 3750, 1960).

O sistema incremental clássico, adotado pelas primeiras intervenções do SESP e continuado pelo FSESP, desenhava-se na priorização do atendimento às crianças em idade escolar, de seis a quatorze anos por considerarem, na época, que essa faixa etária proporcionava um maior rendimento nos cuidados e pela oportunidade das medidas de prevenção de cárie. Mais uma vez os escolares eram prioridades no acesso ao serviço em virtude da facilidade de programar medidas por meio das escolas, inclusive oferecendo tratamento no próprio local de ensino (Narvai, 1993; Peçanha, 1976).

Entretanto, apesar da introdução de um caráter misto (preventivo-curativo), o sistema incremental enfatizou a ação restauradora e colocou em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas por aplicações tópicas de flúor. Isso se deve ao limitado conhecimento a respeito de cariologia, microbiologia e

planejamento em saúde disponíveis na época (Nickel et al., 2008). Dessa forma, o acesso populacional às ações de saúde bucal restringia-se à fluoretação das águas de abastecimento, uma vez que tratamentos curativos e preventivos com flúor eram exclusivos para o referido grupo etário (Cordeiro et al., 2001).

O enfrentamento dessa polarização curativa coincide com início do regime militar, caracterizado pelo autoritarismo e esgotamento do pacto populista entre o estado e a classe trabalhadora (Uebel, Rocha & Mello, 2003). O país vivia sob a duplicidade de um sistema desmembrado entre a medicina previdenciária, de cunho curativo, voltada aos trabalhadores formais e a cargo dos institutos de pensão, e a saúde pública preventiva, direcionada aos trabalhadores rurais e comandada pelo Ministério da Saúde (Paiva & Teixeira, 2014). Aqueles que não contribuía para a previdência, só podiam obter atenção à saúde individual em serviços filantrópicos, em programas específicos do governo ou por meio de clínicas privadas (Costa Sousa, 2014). Nesse contexto, o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, a partir da unificação das IAPs, priorizando o uso de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários (Paiva & Teixeira, 2014).

Anos depois, o modelo previdenciário entrava em crise em função do aumento de beneficiários e dos custos da Odontologia privada, obrigando o governo militar a optar por cortes nos gastos públicos e aumento nas cargas tributárias, o que levou a grande parte da população marginalizada a conviver com a persistente degradação das condições de vida e de saúde (Bertolozzi & Greco, 1996). A fim de conter gastos, o Ato Normativo de nº 48, com aprovação da Resolução nº CD/INPS-443/69, levou o INPS a priorizar apenas o atendimento odontopediátrico através da remoção de focos e profilaxia da cárie dentária (Resolução nº CD/DNPS-443, 1969). Este cenário fez surgir uma indignação pelos setores da sociedade sobre o dramático panorama do setor da saúde, dando origem, em 1970, ao movimento pela Reforma Sanitária, no qual foi considerado um marco para realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e que ainda mantém seus ideais mobilizando até o presente (Bertolozzi & Greco, 1996).

Ao mesmo tempo em que essa dicotomia do sistema de saúde assolava a população brasileira, em 24 de maio de 1974 se deu a concretização de uma antiga aspiração dos dentistas sanitaristas, importante passo na saúde pública: é promulgada a Lei federal nº 6.050 (Lei nº 6.050, 1974), que dispõe sobre a obrigatoriedade da

fluoretação da água em sistemas de abastecimento público onde existisse estação de tratamento, sendo devidamente regulamentada pelo Decreto Federal nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975 (Decreto nº 76.872, 1975).

Vista como um método consagrado de prevenção de cárie e por ser seguro, eficiente, de grande abrangência e econômico, é considerado a medida coletiva de aplicação de flúor mais importante em Saúde Pública, pois diminui as desigualdades de saúde entre os diferentes níveis socioeconômicos (Moimaz, Santos, Saliba, T., Saliba, N. & Saliba, O, 2020). A prevalência de cárie dental no Brasil era muito alta antes da fluoretação da água e decresceu atingindo índices moderados desde o início da década 90 (Brienza, 2005). Contudo, a distribuição desta ação de saúde ainda não é equânime, revelando nítida diferença entre a taxa de cobertura populacional de municípios fluoretados com vigilância nas regiões Sul (80,5%) e Sudeste (66,4%), em comparação com as regiões Nordeste (14,8%) e Norte (0%). Além da carência de fluoretação, a vigilância também aparece pobremente implantada nas regiões menos desenvolvidas (Roncalli et al., 2019).

Os dados mais atuais obtidos no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2010) revelaram índices de CPO-D 49% maior, em crianças de 12 anos e 15% maior em adolescentes nos municípios que não tinham fluoretação de águas quando comparados àqueles que possuíam tal medida (SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2012). No entanto, esse dado precisa ser analisado com parcimônia, visto que essa mudança de padrão epidemiológico da cárie dentária no país está vinculada à expansão dos programas preventivos nas escolas e ao uso de dentifrícios fluoretados, introduzidos em larga escala a partir de 1989, sendo difícil quantificar a eficácia da fluoretação da água isoladamente (Saliba, Moimaz, Casotti & Tiano, 2007).

A política de fluoretação das águas contradiz com a crise econômica e política marcante do governo de Geisel (1974-1979), proveniente da falta de coordenação entre o déficit orçamentário e as necessidades epidemiológicas e de atenção à população, com implicações nos serviços de saúde (Paiva & Teixeira, 2014). Nessa conjuntura, houve a necessidade de conjugação dos ministérios existentes para implantação de uma política social de saúde eficaz. Foi então que, em 1977, com a nova ordenação no interior da Previdência social, ocorreu a instituição do Sistema Nacional de Previdência e

Assistência Social (SINPAS), que congregou o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (Bertolozzi & Greco, 2014; Rosa & Labate, 2005).

Para os usuários, essas transformações da organização do sistema de saúde indicavam duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (Rosa & Labate, 2005). No âmbito internacional, em setembro de 1978, acontece a Conferência de Alma-Ata, em que germinou o debate entre vários países sobre a importância dos cuidados primários de saúde com a proposta de atenção primária como estratégia para ampliar o atendimento igualitário a todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000 (Paiva & Teixeira, 2014; Rosa & Labate, 2005). O enfoque também impulsionou a vindicação de um novo paradigma de saúde no Brasil que englobasse profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (Rosa & Labate, 2005).

Com essa perspectiva, era imperativo que houvesse o desenvolvimento e expansão para uma modalidade assistencial que simplificasse o atendimento odontológico, com o objetivo de estabelecer uma Odontologia de alta produtividade (Mendes, 1986). Dessa forma, a Odontologia Escolar Sespiana foi ampliada e, na década de 1970, foi modificada para um modelo de Odontologia Simplificada, a fim de promover atendimento completo a todos escolares de forma gradual e proporcionar uma cobertura anual em estreita concordância aos recursos disponíveis, permanecendo dominante até os anos 80 (Cordeiro et al., 2001).

A virada da década traz consigo a ânsia por mudanças das disparidades presentes no âmbito odontológico. Portanto, em 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com a Federação Dentária Internacional (FDI), propuseram metas a serem alcançadas pelos países até os anos 2000, dentre elas, Índice CPO-D aos doze anos menor que 3 e 50% das crianças entre cinco e seis anos livres de cárie (Global goals for oral health in the year 2000, 1982). Após hesitações, o governo anuncia, em 1983, a Proposta de Reorientação da Assistência Odontológica - PRAOD, sob a coordenação do CONASP, que deveria priorizar medidas preventivas e programas educativos para o

público odontopediátrico de seis a doze anos e gestantes. Entretanto, esse programa não trouxe mudanças significativas, com exceção dos incentivos dados aos programas realizados por instituições públicas conveniadas, como as Ações Integradas de Saúde - AIS, caracterizadas como uma das primeiras experiências com um sistema de saúde mais integrado e articulado (Inácio, 2003).

Com o fim do regime militar em 1985, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os temas abordados foram: saúde como direito de todos e dever do estado; diagnóstico de saúde bucal no Brasil; reforma sanitária e financiamento do setor de saúde bucal (Lorena Sobrinho, 2014). Os questionamentos provenientes da referida conferência levou o governo Sarney (1985-1990), através do INAMPS, a adotar medidas fundamentadas nos princípios da reforma sanitária, culminando na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que visava a regionalização através da transferência dos serviços de saúde para os estados e o estabelecimento de um gestor único em cada esfera do governo (Souza, 2002).

Com essa nova perspectiva de conhecimentos sobre prevenção e controle da cárie, e o dilema de quantidade *versus* qualidade e de prevenção *versus* curativo, houve necessidade de evolução da Odontologia simplificada, modelo assistencialista em vigor, para um modelo que instaurasse a manutenção de prevenção e promoção em saúde com ênfase coletiva e educacional (Nickel et al., 2008; Ferreira, Abreu & Oliveira, 2011). A Odontologia Integral ou Incremental modificada é instituída, pautada no conceito de integralidade da atenção. Suas características principais sustentavam-se em três grandes pilares interdependentes: a simplificação e racionalização da prática odontológica, ênfase na prevenção e promoção da saúde e a desmonopolização do saber com a incorporação do técnico de higienização e auxiliar de consultório dentário (Cordeiro et al., 2001).

Esse pensamento formulou propostas para ampliação dos cuidados a uma parcela da população ainda não beneficiada desde a década de 50, surgindo, em 1985, na Universidade Estadual de Londrina no Paraná, a primeira Bebê Clínica, o que caracterizou o modelo assistencialista de atenção precoce (Ferreira et al., 2011; Nickel et al., 2008). Pensava-se no tratamento da dentição decídua de crianças com idade inferior a seis anos de idade, por meio de duas fases, que compreendiam a ação

educativa e preventiva. Este modelo foi um marco no desenvolvimento de políticas públicas de qualidade, sendo de extrema importância para a mudança do perfil da saúde bucal. Contudo, sem estruturação programática, tornou-se mais uma vez um modelo excludente (Ferreira et al., 2011).

Essa exclusão de grande parte da população da atenção em saúde bucal provida pelo sistema público resultou em críticas ao Sistema Incremental, surgindo, no fim da década de 80 e início da década de 90, o Programa Inversão da Atenção (PIA) cujo princípio é a mudança do foco da “cura” para o controle das lesões de cárie, baseando-se no tripé “estabilização-reabilitação-declínio” (Ferreira et al., 2011; Nickel et al., 2008). Embora essa modalidade de atendimento rompesse a ideia de tratamento odontológico cirúrgico-restaurador enfatizado pelos programas anteriores, a conotação de que a Odontologia se resumia a uma única doença trazia consigo uma visão reducionista da profissão, que atrelado ao caráter restritivo do acesso, compunha o desempenho restrito dessa filosofia’ (Ferreira et al., 2011; Nickel et al., 2008; Souza Melo, 2018).

### **3.2 Período pós-constituente e saúde bucal de crianças**

A Constituição Federal de 1988 tem como princípio assegurar a dignidade da pessoa humana e o bem-estar social. Neste contexto, a Carta Magna estabelece o direito à saúde, concebido a partir da articulação entre políticas sociais e econômicas, organizadas em um sistema integral e descentralizado denominado Sistema Único de Saúde (SUS), que vem a substituir o antigo modelo incremental (Cunha, 2017; Ramos, Madureira & Sena, 2013). As demandas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram traduzidas na conformação de princípios constitucionais que nortearam o surgimento de um sistema de atenção à saúde dentro da iniciativa pública, com acesso universal e igualitário.

A adoção de uma concepção ampliada do processo saúde-doença por meio do SUS trouxe o ambiente político para a priorização de ações de promoção à saúde e medidas preventivas nos diversos âmbitos. Em confluência com esta perspectiva, a saúde bucal migra para um campo de ação direcionado aos programas de combate e prevenção aos agravos mais comumente encontrados na população brasileira (Cordeiro et al., 2001; Ramos et al., 2013).

Entre 1988 e 1989, o Brasil desenvolve o Programa Nacional de Controle de Cárie Dentária com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCFS) e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD), estabelecendo a aplicação de gel com flúor-fosfato acidulado em crianças de seis a doze anos, duas vezes ao ano. De encontro com a corrente descentralizadora e municipalização, ambos os programas possuíam caráter de planejamento e execução centralizada e vertical, ressaltando um desequilíbrio entre a proposta de política odontológica governamental e as proposições apresentadas por administradores e técnicos de serviços públicos odontológicos (Cordeiro et al., 2001; Cunha, 2017).

As desarmonias entre a natureza das políticas governamentais e as ideias progressistas alavancadas pelo Sistema Único de Saúde tornam-se mais ressonantes com a mudança na conjuntura ideopolítica vigente nos anos subsequentes. Em 1990, a eleição de Fernando Collor traz a extinção do PNCCFS e PRECAD, com a introdução do neoliberalismo. O Governo Collor encaminhou a agenda neoliberal para a rede de assistência em saúde com a elaboração do intitulado Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995: A Saúde do Brasil Novo, que valorizava uma lógica quantitativa de procedimentos e ausentou-se de desenhar expressamente uma política de saúde bucal (Cunha, 2017). Somado a isto, a sanção da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de setembro de 1990, com nove vetos em questões importantes referentes ao financiamento da saúde pelo Estado, intensificou a tensão entre as entidades ligadas ao movimento sanitário e o governo (Lei nº 8.080, 1990).

A pressão do movimento frente à visão neoliberal para saúde de Collor, levou a aprovação da Portaria nº 184, de 9 de outubro de 1991, que dispunha acerca dos procedimentos coletivos de saúde bucal, incluindo-os na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). A criação desta Portaria possibilitou que atividades de caráter educativo e de promoção à saúde fossem realizadas nas unidades de saúde pelos profissionais da Odontologia (Portaria nº 184, 1991).

Entretanto, a inclusão dos considerados procedimentos coletivos no SUS sem a estruturação de uma política de saúde bucal e sob um contexto de redução de gastos e privatizações, implicaram num insucesso quanto à melhora das condições de saúde bucal da população brasileira, especialmente a infantil. Após a saída de Collor por

Impeachment, em 1992, houve a tentativa de reafirmação do direito à saúde através da realização da II Conferência de Saúde Bucal (II CNSB) e o enfrentamento da lógica neoliberal nas instituições públicas, demonstrada no texto de abertura da Carta Resolutiva (A saúde bucal no Sistema Único de Saúde, 2018; Contarato, 2011).

Não obstante, a agenda neoliberal iniciada com a eleição de Collor persistiu durante os governos seguintes de Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (FHC). Nos dois governos FHC, intensificou-se uma proposta privatizante mais estruturada, corte de gastos e terceirização de funcionários e serviços. Entre 1994 e 2002, a falta de um posicionamento da União, a respeito da promoção de políticas públicas coesas com a proposta do SUS, fomentou um cenário heterogêneo e polarizado de cárie e outras doenças bucais na população infanto-juvenil e na assistência odontopediátrica prestada ao redor do Brasil. Estados e municípios possuíam diferentes graus de engajamento quanto ao desenvolvimento de estratégias voltadas à saúde bucal de crianças e adolescentes, perpetuando melhores índices nas regiões Sul e Sudeste, onde se concentravam a maior renda per capita do país (Cunha, 2017; Okano & Gomes, 2020). Com relação às metas propostas em 1981 para os anos 2000, dados relativos aos levantamentos de saúde bucal de 1996 e 2003 mostraram que o Brasil não conseguiu alcançar nenhuma das metas propostas, concentrando os piores índices na Região Norte do País (Levantamento epidemiológico em saúde bucal, 1996; Projeto SB Brasil 2003, 2004).

A chegada do novo milênio trouxe um novo olhar para saúde bucal no SUS. A Portaria nº 1.444, de dezembro de 2000 e a Portaria nº 267, de março de 2001, estabeleceram a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a formulação do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, traçando o direcionamento para o atendimento individual e coletivo do território no qual a ESB estivesse inserida (Portaria nº 1.444, 2000; Portaria nº 267, 2001).

Em 2002, a eleição do Presidente Lula inicia um novo contexto político, em oposição à agenda neoliberal adotada pelos governos anteriores. A mudança na conjuntura governamental permitiu a aproximação entre o Estado e entidades ligadas à saúde Pública, especialmente a saúde bucal o que leva, em 2004, ao lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Programa Brasil Sorridente, proposta para

orientar e estruturar a rede de atenção em saúde bucal (Cunha, 2017). A partir desse diálogo, ressaltou-se o espaço escolar como um local possível ao cuidado em saúde bucal, iniciando uma discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. É nesse cenário que ocorre a substituição do modelo de inversão de atenção para um modelo de cuidado que foca na ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos, a fim de superar a exclusão social (Souza Melo, 2018).

A saúde bucal encontra-se inserida dentre as linhas de cuidado descritas no programa, ressaltando a necessidade de que a assistência odontológica tenha seu início durante a gestação, por meio de procedimentos preventivos e intervencionistas que promovam adequação da condição bucal da gestante e evitem interferências negativas na formação do bebê. O texto também enfatiza a alimentação e a higiene como pontos-chave para promoção de saúde bucal, sendo atribuição dos profissionais da Odontologia orientar acerca destes aspectos. O estímulo ao atendimento odontológico da população gestante desencadeou deliberações sobre a importância do dentista no acompanhamento pré-natal e Odontologia para bebês (Osório & Schraiber, 2015).

Em 2007, por meio de Decreto Presidencial nº 6.286, houve o surgimento do Programa Saúde na Escola (PSE), que visa a integração e articulação entre os setores da saúde e da educação, reaproximando e retomando às práticas de saúde bucal nas escolas, porém de maneira articulada e por meio de um plano gestor individualizado a cada realidade. O PSE objetivou contribuir para formação das crianças e adolescentes com ações voltadas à promoção, prevenção e atenção à saúde. Estas ações estavam inseridas no projeto político-pedagógico da escola, incorporando potencialidades e vulnerabilidades do contexto socioeconômico de cada território (Zuge et al., 2020). Assim, os profissionais da Odontologia deveriam atuar juntamente com equipe num diálogo multiprofissional, promovendo a integração dos saberes, a participação dos estudantes e da comunidade (Decreto nº 6.286, 2007).

A Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento do Brasil (EBBS), formulada em 2009, trouxe como objetivo o fornecimento de elementos para implementação de uma política de atenção integral à primeira infância, abrangendo diversos setores como saúde, educação e assistência social (Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, 2010). Ainda em 2010 com o levantamento nacional de saúde bucal foi possível observar o alcance, ainda que

parcial das metas do milênio propostas pela OMS em 1981, entretanto com a persistência da prevalência de crianças livre de cárie abaixo daquelas recomendações globais (SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2012).

O Governo Dilma Rousseff (2012-2016) se propõe a dar seguimento na agenda política da saúde bucal. Neste governo, a Lei nº 13.257, de março de 2016 inclui no Estatuto da Criança e do Adolescente, a atenção à saúde bucal desde a gestação, ressaltando a função educativa e assistencial desta (Lei nº 13.257, 2016). Entretanto, crises sociopolítica e econômica culminaram no impeachment da presidente Dilma Rousseff, em 2016, e no rompimento abrupto desta agenda, com o retorno da organização política neoliberal na figura do presidente Michel Temer (2016-2018). A aprovação da Emenda Constitucional 95, conhecida popularmente como “Lei do Teto de Gastos”, simboliza esta transição, com limitação dos gastos públicos durante vinte anos e a iminência do congelamento dos investimentos na estrutura estatal e fomentando sua precarização (Emenda constitucional nº 95, 2016).

O avanço do posicionamento neoliberal ganhou uma nova dimensão com a eleição de Jair Messias Bolsonaro, em 2018, que teve sua campanha pautada na defesa do Estado Mínimo e na redução de cargos e Ministérios. O pensamento de submissão do orçamento público ao quadro econômico enfatiza uma conjuntura desfavorável para manutenção e progresso da máquina pública, pois se relaciona diretamente com os mecanismos liberais de privatização, terceirização e publicização. A postura avessa do governo Bolsonaro às demandas do movimento em prol da saúde pública, a crescente presença do setor militar em postos ministeriais, somada ao embate direto com as gestões anteriores, acentuaram a crise na saúde brasileira, manifesta na interrupção de políticas, redução orçamentária e mudanças na composição dos serviços fornecidos (Bravo, Pelaez & Menezes, 2020).

A publicação da Portaria nº 526, de junho de 2020, expõe o processo de desarticulação do SUS com a exclusão de procedimentos e interferências na organização da assistência, especialmente na atenção básica. Para Odontopediatria, este novo direcionamento governamental limita a continuidade e efetividade do cuidado, através da redução de intervenções da Tabela de Procedimentos do SUS, contrariando a percepção de acesso universal. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 70% da

população são usuários exclusivos do SUS, sendo assim, a redução destas ações afeta significativamente a abrangência da assistência odontológica (Portaria nº 526, 2020).

A conjuntura de crise na saúde brasileira foi agravada com a pandemia da doença COVID-19, expondo, sobretudo, a fragilidade estrutural e organizacional do sistema, especialmente odontológico, além de falhas no planejamento de ações de enfrentamento. O combate de doenças requer, dentre outras coisas, o conhecimento epidemiológico para que se possa elencar corretamente pontos de maior vulnerabilidade. Para Odontologia pública, esse conhecimento se dá através de levantamentos nacionais de saúde bucal da população, cuja realização estava prevista para o ano de 2020, adiado devido às recomendações de isolamento social (Bravo et al., 2020).

Portanto, a pandemia da COVID-19 reafirma a incompatibilidade de uma visão reducionista do Estado e a manutenção de um sistema público de saúde com qualidade e alcance efetivo, pois este requer intervenção e investimento estatal crescente e contínuo. Apesar da consolidação entre academias, entidades e movimentos sociais acerca da valorização do SUS e do desenvolvimento de políticas públicas coerentes com os princípios que o regem, a crescente onda liberal, que vem se estabelecendo na figura da União, abre precedentes para implantação dessa visão reducionista por Municípios e Estados, trazendo o agravamento da crise nos serviços de saúde públicos (Bravo et al., 2020; Cunha; 2017).

Com isso, a redução de procedimentos essenciais para a prática do cuidado em Odontopediatria sustenta o vislumbre de uma conjuntura desfavorável, fomentando incertezas acerca da continuidade de programas e dos serviços. A condição da saúde bucal das crianças brasileiras inspira atenção e engajamento político comprometido com a elevação desta pauta à questão prioritária de Estado. O sistema de saúde vigente em cada época tem seu arcabouço traduzido por enfrentamentos alinhados à conjuntura macroeconômica e política, no entanto, a prevalência de doenças, em especial as doenças bucais, alinha-se ao aumento proximal da pobreza, da falta de acesso aos serviços e prestações de cuidado. Não é novo o conceito de que hábitos saudáveis iniciam na infância e perpetuam-se para a vida, assim é mister reconhecer a necessidade do reforço das políticas de saúde bucal de caráter universal, equânime e com uma agenda política positiva.

#### 4. Considerações Finais

Apesar da ampliação da oferta no acesso às ações clínicas e educacionais destinados ao público infantil, a prevalência dos principais agravos em saúde bucal ainda se encontra distante dos níveis aceitáveis, sendo evidente o quão as políticas de saúde bucal destinadas às crianças têm estado à mercê de políticas de sucessivos governos, devendo tais ações ser assimilada como política de Estado, dirimindo as variabilidades decorrentes de mudanças no cenário político-democrático-governamental.

#### Referências

- Agnelli, P. B. (2015). Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Rev. bras. Odontol.*, 72 (½), 10-5. Recuperado de <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a02v72n1-2.pdf>
- Almeida, E. R., Sousa, A. N. A., Brandão, C. C., Carvalho, F. F. B., Tavares, G. & Silva, K. C. (2018). Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*, 42, e180. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
- Alves, G. W. (2011). *Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: Continuidades e transformações na Era Vargas (1928-1945)*. (Dissertação de mestrado em história). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/2372/1/430450.pdf>
- Araújo, J. P., Silva, R. M. M., Collet, N., Neves, E. T., Oliveira Toso, B. R. G. & Viera, C. S. (2014). História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*, 67(6), 1000-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>
- Austregésilo, S. C., Leal, M. C. C., Figueiredo, N. & Góes, P. S. A. (2015). A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS: a

interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(10), 3111-3120. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014>

Bertolozzi, M. R. & Greco, R. M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30(3), 380-98. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>

Brasil. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública. (1932). Decreto nº 5.394, de 25 de fevereiro de 1932. *Cria, sem aumento de despesas para o estado, a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária*. São Paulo, SP. Recuperado de <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1932/decreto-5394-25.02.1932.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. (2020). Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020. *Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sus*. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>

Brasil. (1969). Resolução nº CD/DNPS-443, de 17 de outubro de 1969. Proc. MTPS - 145.413/69. *Aprova Ato Normativo que fixa diretrizes gerais para prestação da assistência odontológica aos beneficiários da Previdência Social*. Seção I/ BS/INPS 203. Brasília, DF.

Brasil. (1974). Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974. *Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento*. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6050.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6050.htm)

Brasil. (1975). Decreto nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975. *Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento*. Brasília, DF. Recuperado de <https://daejundiai.com.br/wp-content/uploads/2013/10/Decreto-Federal-76872-1975.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. (2004). *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - Resultados Principais*. Brasília, DF. Recuperado em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). 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*. Brasília, DF. Recuperado de <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>

Brasil. (2016). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. *Regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000*. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.lex.com.br/doc\\_22667\\_PORTARIA\\_N\\_267\\_DE\\_6\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2001.aspx](http://www.lex.com.br/doc_22667_PORTARIA_N_267_DE_6_DE_MARCO_DE_2001.aspx)

Brasil. (2016). Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. *Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012*. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20estabelece%20princ%C3%ADpios,e%20diretrizes%20da%20Lei%20n%C2%BA](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20estabelece%20princ%C3%ADpios,e%20diretrizes%20da%20Lei%20n%C2%BA)

Brasil. (2007). Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. *Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)

Brasil. (1960). Lei nº 3750, de 11 de abril de 1960. *Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências*. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/LEIS/1950-1969/L3750.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/1950-1969/L3750.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). *SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais*. Brasília, Brasília, DF. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas em saúde. (2010). *O FUTURO HOJE: Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional*. Brasília, Brasília, DF. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro\\_hoje\\_estrategia\\_brasileirinhas\\_brasileirinhos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. (1996). *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1.a etapa: cárie dental: projeto*. Brasília, DF. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil. (1991). Portaria nº 184, de outubro de 1991. *Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal*. Brasília, DF.

Recuperado de  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. (2018). *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF. Recuperado de  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)

Bravo, M. I. S., Pelaez, E. J. & Menezes, J. S. B. (2020) A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social*, 22(46), 191- 209.  
[https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25630](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630)

Brienza, J. A. (2005). *A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto*. (Dissertação de mestrado em enfermagem em saúde pública). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo. Recuperado de  
[https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17082005-102622/publico/BRIENZA\\_JA.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17082005-102622/publico/BRIENZA_JA.pdf)

Carvalho, R. J. (2013). Do ambiente político no advento da República Brasileira: Tensões e confrontos no último quartel do século XIX. *ÁGORA Revista Eletrônica*, (16), 121 – 123. Recuperado de  
[http://agora.ceedo.com.br/ojs/index.php/AGORA\\_Revista\\_Eletronica/article/view/58/0](http://agora.ceedo.com.br/ojs/index.php/AGORA_Revista_Eletronica/article/view/58/0)

Cohn, A. (2016). O estudo das políticas de saúde. In Campos GWS et al. (orgs.) *Tratado de saúde coletiva* (pp 231-58). São Paulo: Ucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cordeiro, E. D., França, H. M., Fonseca, T. V. B., Mendes, J. C. & Honda, D. (2001). *Cinquentário da programação científica da odontologia pública brasileira: ascensão e esgotamento do paradigma sespiano*. (Monografia de especialização em odontologia em saúde coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal. Recuperado de  
[https://bdm.unb.br/bitstream/10483/1137/1/2001\\_EudesDaviCordeiro.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/1137/1/2001_EudesDaviCordeiro.pdf)

Costa Sousa, A. M.(2014). Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katál*, 17(2), 227-234. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>

Cunha, J. R. A. (2017). O direito à saúde no Brasil: Da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário*, 6(3), 65-89. <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i3.395>

Curi, D. S. C., Figueiredo, A. C. L. & Jamelli, S. R. (2018). Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde colet*, 23 (5), 1561-1576. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20422016>

Federation Dentaire Internationale (1982). Global goals for oral health in the year 2000. *Int. Dent. J.*, 32(1), 74-77.

Ferreira, E. B., Abreu, T. Q. & Oliveira, A. E. F. (2011). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev Pesq Saúde*, 12(3), 37-42. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>

Figueiredo, R. E. D. (2007). A cooperação entre Brasil e Estados Unidos no campo da saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e a política sanitária no governo Vargas. *História, Ciências, Saúde*, 14(4), 1429-1434. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000400020>

Fonseca, C. M O. (1993). A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 3(2), 97-116. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/physis/1993.v3n2/97-116/pt>

Garbois, J. A., Sodré, F. & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, 41(112), 63-76. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>

Gomes, D. R., Gomes, D. R. & Mattos, M.P. (2016). Desigualdades em saúde e a estratificação social no acesso aos serviços de saúde. *Rev. das ciências da saúde do*

oeste baiano, 1(2), 19-33. Recuperado de <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/127/133>

Guimarães, C. M. (2017). A história da atenção à criança e da infância no Brasil e o surgimento da creche e da pré-escola. *Revista Linhas*, 18(38), 80-142. <https://doi.org/10.5965/1984723818382017081>

Inácio, J. (2003). *A atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro*. (Dissertação de mestrado em saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5421/2/577.pdf>

Júnior, A. P. & Júnior, L. C. (2006). Políticas Públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(1), 13-19. Recuperado de <http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>

Krunger, T. R. & Reis, C. (2019). Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serv. Soc. Soc.*, (135), 271-289. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>

Lorena Sobrinho, J. E. (2014). *Das bocas famintas às sorridentes: Uma análise da Política Nacional de saúde bucal*. (Tese de doutoramento em saúde pública). Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco. Recuperado de <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2014lorena-sobrinho-je.pdf>

Martins, P. & Aguiar, A. S. W. (2011). Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11ª região de saúde do Ceará. *Sanare*, 10(1), 06-12. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/137/129>

Mendes, E. V. (1986). A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(4), 533-552. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400012>

Moimaz, S. A. S., Santos, L. F. P., Saliba, T. A., Saliba, N. A. & Saliba, O. (2020). Vigilância em saúde: fluoretação das águas de abastecimento público em 40 municípios do estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(7), 2653-2662. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.03972018>

Mott, M. L., Alves, O. S. F., Muniz, M. A., Martino, L. V. S., Santos, A. P. F. & Maestrini, K. (2008). 'Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15, 97-116. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500005>

Narvai, P. C. (1993). *Prática Odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-92*. (Dissertação de mestrado em saúde pública). Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo. Recuperado de [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15052018-165603/publico/MTR\\_542\\_Narvai\\_1993.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15052018-165603/publico/MTR_542_Narvai_1993.pdf)

Nickel, D. A., Lima, F. G. & Silva, B. B. (2008). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 241-246. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/01.pdf>

Okano, M. T, & Gomes. J. G. C (2020). Analysis of the verticalization of health services: an exploratory study on the supplementary health production system in Brazil. *Research, Society and Development journal*, 9(2), e147922151. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2151>

Oliveira, I. B. & Matos, M. I. S. (2018). “Para maior glória do nosso Brasil”: educação e cuidados para a saúde bucal infantil, 1912-1940. *História, Ciências, Saúde*, 25(4), 1261- 1279. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500022>

Osmo, A. & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde So*, 24(1), 205-218. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>

Paiva, C. H. A. & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 15-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>

Peçanha, A. M. M. (1976). *Fundação serviços de saúde pública-FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional*. (Dissertação de mestrado em administração). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/themes/Mirage2/pages/pdfjs/web/viewer.html?file=http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8662/000039725.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pitombeira, D. F. & Oliveira, L. C. (2020). Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, 25 (5), 1699-1708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>

Ramos, E. M. B., Madureira, A. S. & Sena, J. P. (2013). O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. *Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário*, 2(2), 51-66. <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i2.67>

Roncalli, A. G., Noro, L. R. A., Cury, J. A., Zilbovicius, C., Pinheiro, H. H. C., Ely, H. C., Narvai, P. C. & Frazão, P. (2019). Fluoretação da água no Brasil: distribuição regional e acurácia das informações sobre vigilância em municípios com mais de 50 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*, 35(6): e00250118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00250118>

Rosa, W. A. G. & Labate R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(6), 1027-34. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>

Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Casotti C. A. & Tiano A. V. P. (2007). Cárie dentária em residentes permanentes de Baixo Guandu, Brasil, fluoretada desde 1953. *UFES Rev. Odontol*, 9(2), 16-21. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/284030019\\_Carie\\_dentaria\\_em\\_residents\\_permanentes\\_de\\_Baixo\\_Guandu\\_Brazil](https://www.researchgate.net/publication/284030019_Carie_dentaria_em_residents_permanentes_de_Baixo_Guandu_Brazil)

Santos, L. A. C. (1985). O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Revista de Ciências Sociais*, 28(2), 193-210. Recuperado de <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/antologias/eh-594.pdf>

Soares, M. G. (2017). *As políticas de educação do serviço sanitário de São Paulo entre a República Velha e Estado Novo*. (Dissertação de mestrado em educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo. Recuperado de [http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/322309/1/Soares\\_MarciaGuedes\\_M.pdf](http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/322309/1/Soares_MarciaGuedes_M.pdf)

Souza, C. (1931). Assistência dentária infantil. *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, 17(17), 135-145. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/revistadoscursos/article/view/48618/30271>

Souza Melo, N. D. (2018). *Coordenação do cuidado e atenção à saúde bucal: Avaliação dos profissionais de saúde bucal de unidades de saúde dos municípios do Brasil*. (Dissertação de mestrado em saúde pública). Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia, Manaus, Amazônia. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32192/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Nara%20Deise%20Melo.pdf>

Souza, R. R. (2002). *Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. (Dissertação de mestrado em administração em saúde). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_construindo\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf)

Spezzia, S., Carneiro, E. M. & Tindade, L. L. (2015). Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. *Rev. bras. odontol*, 72(1/2), 109-13. Recuperado de <http://revodontobvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf>

Uebel, A. C., Rocha, C. M. & Mello, V. R. C. (2003). Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo–CSEM. *Boletim da Saúde*, 7(1), 117-23. Recuperado de <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1234/resgate-da-memoria-historica-da-residencia-integrada-em-saude-coletiva-do-centro-de-saude-escola-murialdo?-csem>

Zuge, B. L., Engers, P. B., Corrêa, S. L. P., Fernandes, T., Souza, M. B. de ., & Copetti, J. (2020). Health promotion in childhood education and early years: possibilities and challenges of Base Nacional Comum Curricular. *Research, Society and Development*, 9(9), e387996634. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6634>