

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

EDYSSA LARYSSA DA SILVA FERREIRA DE ARAÚJO  
KIMBERLLY BESLEY RUFINO DA SILVA

**OS DESAFIOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL: APÓS A POLÍTICA NACIONAL  
DE SAÚDE BUCAL**

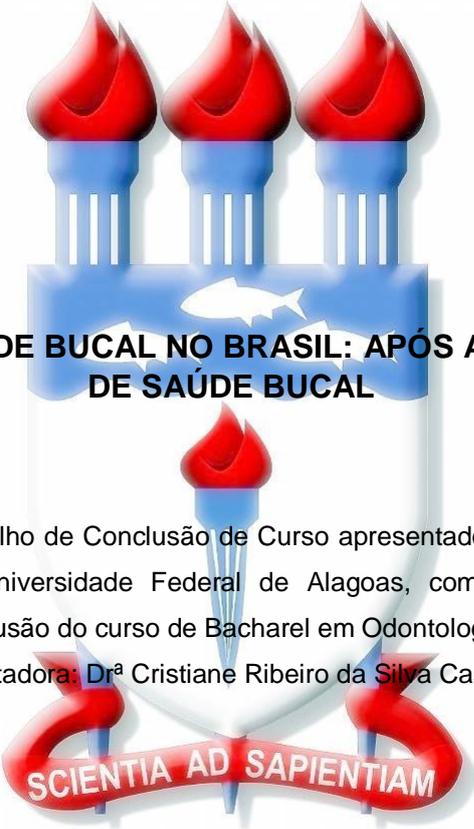


MACEIÓ-AL

2021.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

EDYSSA LARYSSA DA SILVA FERREIRA DE ARAÚJO  
KIMBERLLY BESLEY RUFINO DA SILVA



**OS DESAFIOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL: APÓS A POLÍTICA NACIONAL  
DE SAÚDE BUCAL**

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.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Cristiane Ribeiro da Silva Castro

MACEIÓ-AL

2021.2

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 –1767

A663d Araújo, Edyssa Laryssa da Silva Ferreira de.

Os desafios da saúde bucal no Brasil : após a política nacional de saúde bucal / Edyssa Laryssa da Silva Ferreira de Araújo, Kimberlly Besley Rufino da Silva. – 2021.

49 f. : il.

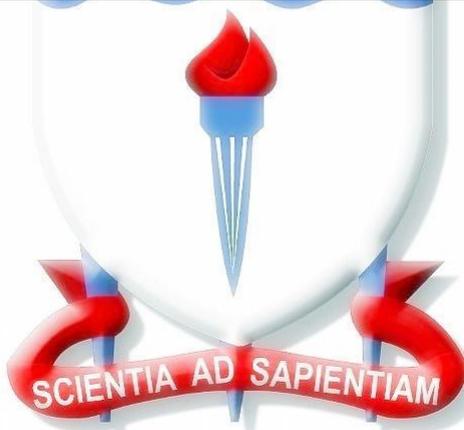
Orientadora: Cristiane Ribeiro da Silva Castro.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Odontologia. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 44-49.

1. Saúde bucal. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Política de saúde. I. Silva, Kimberlly Besley Rufino da. II. Título.

DU 616 314 614(81)



## **AGRADECIMENTOS DO TCC**

Agradecemos primeiramente a Deus que nos guiou em toda a nossa caminhada até aqui e que nos momentos difíceis foi nossa força e segurança. Agradecemos a nossa família pelo apoio e por lutarem conosco a cada dia, abraçando cada ideia e propósito durante nossa graduação.

Agradecemos também a nossa orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Ribeiro da Silva Castro que com carinho e dedicação nos acolheu e lutou conosco na construção do presente trabalho, assim como a todos os professores que compõem o eixo da Saúde Coletiva dentro da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas pelo estímulo e dedicação em ajudar-nos durante nossa formação no processo de humanização reconhecimento do outro.

Lembramos-nos de nossos colegas que se fizeram presentes durante a caminhada nos desafios, vitórias e alegrias; assim como de cada funcionário de nossa faculdade, do corpo docente as equipes de manutenção de nosso espaço de aprendizado, que com tamanho zelo estiveram conosco.

Agradecemos de modo especial a todos os pacientes que passaram pelos nossos atendimentos, se tornando instrumentos de aprendizados e aprimorando nossas técnicas, somos gratas pela confiança depositada. .

E por fim, mas não menos importante, agradecemos uma a outra, pela vivência em dupla e partilha na jornada, onde fomos uma para a outra um porto seguro durante as tempestades, um ponto de calma quando necessário e pela partilha de vida que tanto nos engrandece como pessoa e profissional.

## SUMÁRIO

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.  | INTRODUÇÃO  | 9  |
| 2.  | OBJETIVOS   | 12 |
| 2.1 | Objetivo geral  | 12 |
| 2.2 | Objetivos Específicos   | 12 |
| 3.  | METODOLOGIA   | 13 |
| 4.  | RESULTADO E DISCUSSÃO   | 14 |
|     | Contexto histórico  | 14 |
|     | A Política Nacional de Saúde Bucal  | 17 |
|     | O Impacto da PNSB na condição de saúde bucal brasileira                             | 23 |
|     | Os avanços pós Política Nacional de Saúde Bucal                                     | 32 |
|     | Quais desafios persistem após quase vinte anos da Política Nacional de Saúde Bucal? | 37 |
| 5.  | CONSIDERAÇÕES FINAIS  | 43 |
|     | REFERÊNCIAS   | 44 |

**MANUSCRITO**

---

## **OS DESAFIOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL: APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

### **THE CHALLENGES OF ORAL HEALTH IN BRAZIL: AFTER THE NATIONAL ORAL HEALTH POLICY**

**Edyssa Laryssa da Silva Ferreira de Araújo <sup>1</sup>**

**Kimberlly Besley Rufino da Silva <sup>2</sup>**

**Cristiane Ribeiro da Silva Castro<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Aluna de graduação, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas, Campus AC Simões, Av. Lourival Melo Mota, S / N, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, Brasil. edyssa.araujo@foufal.ufal.br

<sup>2</sup> Aluna de graduação, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas, Campus AC Simões, Av. Lourival Melo Mota, S / N, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, Brasil. kimberllybesley@hotmail.com

<sup>3</sup> Professora de Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas, Campus AC Simões, Av. Lourival Melo Mota, S / N, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, Brasil. cristiane.castro@foufal.ufal.br

#### **Autor para correspondência:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Ribeiro da Silva Castro  
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas Av. Lourival Melo Mota, s/n. Tabuleiro dos Martins Maceió/AL,  
Brasil CEP: 57072-900

## OS DESAFIOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL: APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

### RESUMO

A saúde bucal no Brasil vem ganhando repercussões cada vez maiores para a adequada promoção de saúde no que diz respeito à saúde coletiva, e desta forma novas ações voltadas à promoção de saúde podem ser criadas a fim de garantir o acesso à saúde bucal de qualidade à população. Assim, o presente trabalho, objetiva trazer uma revisão da literatura já existente, embasando-se em documentos técnicos e dados epidemiológicos, para reunir dados a respeito da saúde bucal no Brasil, seus desafios e os avanços após a implantação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. No presente texto, avaliou-se também o acesso e cobertura da população aos serviços odontológicos dentro da unidade básica de saúde, as necessidades que essa população apresenta, a realidade sobre a fluoretação no Brasil e na saúde bucal, bem como as condições de saúde bucal da população brasileira. Os resultados incluíram trabalhos com enfoque na saúde bucal coletiva, documentos oficiais do ministério da saúde, e levantamentos epidemiológicos, bem como os sistemas de informações disponíveis do ministério da saúde, e documentos oficiais da organização mundial da saúde. Estudar tais aspectos é de extrema importância uma vez que assim podemos embasar novas ações e medidas a fim de mudar o contexto social a que essa população está incluída, fomentando as ações já em vigor e subsidiando dados para a solução de problemáticas que venham a surgir e que possam ser combatidas, mudando a visão curativa de muitos profissionais, para a visão de promoção de saúde e qualidade de vida.

**Palavras chaves:** saúde bucal, saúde pública, acesso e odontologia, política de saúde.

## THE CHALLENGES OF ORAL HEALTH IN BRAZIL: AFTER THE NATIONAL ORAL HEALTH POLICY

### ABSTRACT

Oral health in Brazil has been gaining increasing repercussions for adequate health promotion with regard to collective health, and in this way new actions aimed at promoting health can be created in order to ensure access to quality oral health. population. Thus, the present work aims to bring a review of the existing literature, based on technical documents and epidemiological data, to gather data on oral health in Brazil, its challenges and advances after the implementation of the guidelines of the National Policy on Oral Health. In this text, the population's access and coverage to dental services within the basic health unit, the needs that this population presents, the reality of fluoridation in Brazil and in oral health, as well as oral health conditions were also evaluated of the Brazilian population. The results included works focusing on collective oral health, official documents from the ministry of health, and epidemiological surveys, as well as available information systems from the ministry of health, and official documents from the world health organization. Studying such aspects is extremely important, since this way we can base new actions and measures in order to change the social context in which this population is included, fostering actions already in place and subsidizing data for the solution of problems that may arise and that can be tackled, changing the curative view of many professionals to the view of promoting health and quality of life.

**Key words:** oral health, public health, access and dentistry, health policy.

## 1. INTRODUÇÃO

Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946, foi declarado que, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, assim, a observância de tal conceito requer uma atenção completa e complexa acerca do fornecimento dos serviços de saúde e da forma como os mesmos são ofertados <sup>1,2</sup>.

Avaliando o histórico da saúde pública no Brasil e, diante do conceito ampliado de saúde, é preciso observar cuidadosamente e compreender que os serviços de saúde precisam abranger desde ações preventivas a ações curativas, assim como a diversidade de profissionais e áreas de atuação tomando por premissa os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o princípio de integralidade <sup>3</sup>. Assim, compreende-se a necessidade da integração de diversas áreas, pois todas são necessárias à manutenção e promoção da saúde, sendo uma delas a saúde bucal.

Na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), é visto que a atenção à saúde bucal no Brasil tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para a demanda do cuidado em saúde. Se fazendo necessário um olhar mais cauteloso e dedicado às condições de saúde bucal e às necessidades dos usuários <sup>4</sup>.

O impacto dos problemas bucais sobre as pessoas é expresso pela dor, pelo comprometimento da função e pela redução da qualidade de vida<sup>2</sup>, nessa perspectiva, a atenção a saúde bucal não deve ser vista e nem ofertada como prerrogativa, mas como um direito compreendido dentro da oferta de saúde adequada.

No SB BRASIL de 2010 foi visto que cerca de 18% dos jovens de 12 anos de idade não tiveram nenhum contato com o cirurgião dentista. Em relação ao índice de cárie, o CPO-D foi de 2,7%, gerando uma redução de 26,2% em relação ao

levantamento realizado no ano de 2003. Já entre as idades de 15-19 anos, os índices foram de (4,25) com redução nos dentes cariados de (35%). Já nos idosos, o CPO-D não teve grande mudança, onde o mesmo passou de 27,8% para 27,5%, com predominância de componentes perdidos sendo 92%<sup>5</sup>.

A PNSB define as diretrizes para a saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família na perspectiva de criar fluxos para ações mais resolutivas, além de abranger as ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação. Para tanto, estas diretrizes devem propor-se e dedicar-se à ampliação e qualificação das ações da Atenção Básica<sup>4</sup>.

A PNSB redireciona o modelo de atenção à saúde bucal, na Atenção Básica, mudando o atendimento odontológico tradicional, que ao longo dos anos criou barreiras no que diz respeito ao cuidado integral do usuário. Assim, quando lidamos com modelos curativos na relação profissional-paciente e nas práticas odontológicas, será extremamente difícil reconhecer a integralidade, criando um desafio constante e promovendo retrocessos ao invés de uma odontologia mais integral e equitativa<sup>4,5</sup>.

É preciso compreender que tais desafios estão além da oferta de atendimento, mas se encontram também no que concerne à acessibilidade e disponibilidade dos serviços nas unidades; na criação e na execução de políticas públicas; problemas estruturais e físicos dos consultórios, que dificultam e até inviabilizam a prestação de serviço de forma satisfatória numa determinada realidade<sup>6,7</sup>.

Ao estudar e avaliar a Saúde Bucal no Brasil é visto que os indicadores contemplam poucas dimensões, se fazendo necessária a incorporação de novos indicadores, que possam ampliar a avaliação da qualidade das ações prestadas e o desempenho do sistema. É observado também, que há diferenças marcantes na prestação do serviço odontológico em relação ao contexto sociodemográfico, fator

esse, que pode comprometer a integralidade na Atenção em Saúde Bucal, haja vista que mesmo com ampliação da cobertura dos serviços após a PNSB, muitas barreiras ainda privam determinadas populações e indivíduos a assistência completa em saúde bucal, culminando em demanda excessiva e procedimentos curativos <sup>8, 9,10,11</sup>.

Ao melhorar as condições de trabalho tende-se a obter uma melhoria na qualidade da assistência prestada, com a necessidade de engajamento nas atividades e planejamento das ações das ESF, assim como por parte dos gestores que possam promover melhorias ao conhecer as necessidades de sua realidade <sup>11</sup>. Assim, o presente trabalho tem por finalidade discutir fatores que promoveram avanços na prática e assistência odontológica no âmbito do SUS, bem como apontar os pontos de retrocesso, a partir de uma avaliação histórica das políticas de saúde bucal no Brasil.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender as modificações, avanços ou retrocessos na atenção à saúde bucal no Brasil após a implantação da PNSB.

### **2.2 Objetivo Específico**

1. Avaliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal no serviço público.
2. Verificar a oferta dos serviços de saúde bucal no SUS.
3. Discutir os avanços da PNSB na organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Brasil.

### **3. METODOLOGIA**

O trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura. Foram pesquisados artigos científicos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed e Periódico Capes, a fim de obter informações acerca atenção à saúde bucal dentro do Serviço Único de Saúde. Os descritores utilizados para a busca foram indicadores de saúde bucal, saúde pública, acesso e odontologia, política de saúde. Foram incluídas consultas a livros e publicações técnicas do Ministério da Saúde. Foi realizada a leitura de toda bibliografia selecionada sobre o tema para desenvolver o trabalho com posterior análise para se estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e desenvolver o trabalho.

#### **Critérios de inclusão**

1. Artigos publicados no período de 2004 a 2020;
2. Pesquisas que se encontram disponíveis para livre acesso e na íntegra;
3. Teses e dissertações relativas ao tema.

#### **Critérios de exclusão.**

1. Artigos que foram publicados em outros idiomas que não inglês e português;
2. Publicações científicas repetidas nas bases de dados;

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

- **Contexto histórico**

A fim de avaliar e analisar os avanços e desafios da saúde bucal no Brasil, assim como a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente, faz-se necessário observar momentos históricos que foram determinantes para implementação de novas ações no contexto da saúde nacional.

O início da reforma sanitária no Brasil em meados dos anos 1970 foi determinante para que fosse colocada em prática a inserção da sociedade civil na 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento este em que o SUS começou a tomar forma. Esta foi a primeira conferência que contou com a participação popular por meio dos delegados eleitos previamente nas pré-conferências estaduais. Nela, foram discutidos pontos que mais tarde viriam a embasar os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, ponto de extrema importância para a elaboração do arcabouço do SUS na forma que se conhece hoje, regido pelos princípios doutrinários e organizacionais que se tornaram constantes nas discussões dentro da saúde coletiva <sup>12,13,14</sup>. Na Constituição de 1988, ficou determinado, segundo o artigo 196, que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>14</sup>.

No artigo 198: “E que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade”<sup>14</sup>.

A partir de então, foi necessária uma reformulação na maneira como os serviços de saúde eram ofertados e, em 1994, foi criado o Programa Saúde na Família (PSF) como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS. Com o PSF apresentou-se uma nova forma de cuidar da saúde colocando a família como centro da atenção e atuando de forma preventiva e não somente curativa<sup>15</sup>. Assim, foram incentivadas e desenvolvidas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e podendo definir o PSF como, “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”<sup>15</sup>.

A fim de reorganizar a atenção básica, nos anos 2000, houve a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o intuito de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e comunidades por meio de uma criação de equipe multiprofissional para intervir em diferentes aspectos na vida coletiva nas Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de conhecer, entender e compreender as demandas e realidade da comunidade onde a ESF estivesse inserida<sup>15</sup>.

No entanto o momento de impacto para a saúde bucal dentro da saúde pública foi em 2001, com a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, onde o cirurgião-dentista foi inserido na ESF com intuito de levar a promoção de saúde bucal para a comunidade por meio do acesso na atenção básica<sup>16</sup>.

Outro ponto importante foi o Projeto SB Brasil em 2003 que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira entre 2002 e 2003 e serviu como subsídio para a PNSB que foi publicada em 2004 com a oferta de serviços odontológicos de forma gratuita no âmbito do SUS, ampliando o acesso à atenção à saúde bucal no nível secundário <sup>4,15,17,18</sup>.

Diante desse histórico, pode-se compreender a evolução na forma de acesso e reconhecimento dos problemas atuais, onde o indivíduo é inserido na atenção básica por meio da ESF, encaminhado a ESB ainda dentro da USF ou Unidade Odontológica Móvel (UOM), para ser feito o encaminhamento aos outros níveis de atenção em saúde, quando necessário para assegurar a integralidade da atenção.

Um breve resumo do contexto histórico se apresenta na imagem a seguir:

Imagem 1 - Linha do tempo referente aos pontos marcantes da saúde bucal no país.



Fonte : Adaptado do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020.

- **A Política Nacional de Saúde Bucal**

Em 2004, após o Projeto SB Brasil apresentar as condições de saúde bucal na população brasileira por meio de um quadro epidemiológico, o Programa Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi instituído, com a finalidade de propor, instaurar e pactuar novas medidas e objetivos para o cenário odontológico dentro do SUS. Assim foram definidas diretrizes, pressupostos e princípios que, em conjunto com os princípios organizativos do SUS, objetivavam reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde. Por meio do programa, foi prevista a incorporação de ações de promoção de saúde, como visitas domiciliares, atividades nas escolas e a abordagem a grupos com agravos específicos; e também ações programáticas abrangentes e desenvolvimento de ações intersetoriais que pudessem instigar a autonomia do usuário <sup>4, 17,18</sup>.

A PNSB propõe o conhecimento da realidade local onde a ESF esteja inserida visando uma prática resolutiva por meio da promoção de saúde, controle e tratamento de doenças, com aproximação e vínculo entre os profissionais e usuários onde estes são vistos em sua totalidade em respeito a integralidade do indivíduo, e o sistema se torne conhecido por meio das representações civis para permitir que em cada território seja difundido os serviços prestados e a população seja integrada à rede de atenção básica, saindo de um modelo de trabalho ineficiente e excludente baseado no curativismo e meramente técnico e biológico <sup>4, 17, 18, 19, 20</sup>.

Quando a atenção básica entende o universo dos usuários e baseia-se na intersetorialidade onde “várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor se unem para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva”, isso possibilita o surgimento de laços de confiança e

vínculo, se tornando mais eficiente e sustentável, aprofundando e favorecendo a humanização <sup>4, 17,18, 21</sup>.

Na PNSB, a reorientação do modelo de atenção visa aumentar a qualidade e resolutividade do sistema, também garantir uma saúde bucal articulada com toda a rede de atenção à saúde e como parte indissociável dessa. Visa assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal com ênfase no coletivo com ações de promoção e prevenção, tendo como suporte, o uso da epidemiologia que é essencial para subsidiar planejamento e ações futuras. Nessa perspectiva, a epidemiologia e vigilância funcionam como fortes testemunhas dos processos pelos quais passam a comunidade e servem como ferramenta para monitorar os fatores que melhoram ou pioram a qualidade de vida, bem como fatores que promovem ações mais integrativas e participativas, onde é possível avaliar por meio de indicadores adequados metas mais precisas, divisão e estabelecimento de funções e atribuições entre as esferas do governo a fim de garantir eficácia da rede <sup>4, 17, 21,22</sup>.

A PNSB traz princípios que devem somar-se aos princípios do SUS propostos na Constituição de 1988 (integralidade, universalidade e equidade) sugerindo que é necessária uma gestão participativa com atuação tanto de representantes das esferas do governo como dos usuários. Assim, deve ser adotado um perfil profissional relativamente novo quando comparado à atuação do cirurgião dentista no contexto histórico em relação a outros profissionais da saúde bem como no processo de trabalho. Por tanto um profissional com boa relação interpessoal, ético, que trabalhe integrado na equipe multiprofissional, para que as ações coletivas possam ser desenvolvidas em equipe e a ESB possa ser parte da ESF e que o objetivo comum seja acolher o indivíduo em qualquer situação e de forma completa e integral, promovendo o vínculo entre comunidade e unidade de saúde <sup>19, 20, 21, 24, 25</sup>.

Deste modo, a PNSB faz uma crítica ao modelo formativo das instituições de ensino superior que não preparam o cirurgião dentista para lidar com as vulnerabilidades sociais e diferentes profissionais da ESF, dado pelo fato de que na academia, a formação é focada exclusivamente no eixo tecnicista e pouco abrangente a realidade cultural onde a maior parte da população se faz presente. Por isso, a educação permanente do profissional dentista presente na ESF é extremamente importante, para que este reconheça os aspectos sociais e culturais necessários a sua prática profissional quebrando o paradigma biologicista e mecânico, para uma boa atuação multiprofissional e intersetorial onde possa com a equipe assumir seu papel de condutor de cuidados e estimulador de práticas que visem o autocuidado e autonomia dos usuários <sup>20, 24, 25</sup>.

No que se refere às ações e serviços de saúde bucal devem buscar assegurar a integralidade da atenção oferecendo ao indivíduo ações conjuntas desde promoção até reabilitação do nível individual ao coletivo; um outro ponto abordado é a vivência da intersetorialidade com ações de promoção de saúde que englobam de forma efetiva desde a escola, mídia, governo e instituições que estejam envolvidas com a realidade do indivíduo e comunidade, nesse sentido que envolve diferentes setores que influem na saúde humana <sup>4, 17,18, 24</sup>.

Há também de se considerar a ampliação e qualificação da assistência prestada de modo a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma resolutiva à demanda evitando o agravamento do quadro do indivíduo e para isso se propõe tempo de consulta suficiente para garantir resolutividade e também se faz necessário que o cirurgião dentista (CD) dedique de forma eficaz parte do tempo no atendimento clínico e parte do tempo para ações preventivas, de planejamento e ações coletivas. Para que ações assim sejam possíveis, se faz necessário lembrar

que as condições de trabalho são extremamente importantes, de modo a garantir o suprimento de instrumentos, material de consumo e sua conservação, a manutenção e reposição de equipamentos odontológicos garantindo condições adequadas de trabalho, com observância nas normas de biossegurança e estabelecidas pela vigilância sanitária. Todas essas ações devem ser estabelecidas por meio de parâmetros que são discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal, desde níveis baixos aos mais altos <sup>4, 17,18</sup>.

Assim, na PNSB, foram propostas ações a serem executadas e cumpridas a fim de ser reconhecida a importância da inclusão ESB na ESF. Estimulam-se com base na PNSB, com o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde, as quais visam reduzir fatores de risco à saúde da comunidade e instiga-se a difusão de informações acerca de fatores promotores de saúde por meio de medidas educativo-preventivas. Entende-se que “a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva”, isso significa que é necessário que a saúde bucal seja integrante de políticas públicas que busquem abranger toda a comunidade e garantir o acesso a meios de prevenção como água e dentífricos fluoretados e cuidados odontológicos básicos <sup>4, 17, 19</sup>.

Dentre as muitas ações propostas, a fluoretação das águas é uma das que mais se mostrou eficaz no controle da doença cárie e necessária de atenção, e pelo proposto na PNSB essa ação deve se dar por meio de ações e parcerias intersetoriais a fim de garantir os termos da Lei 6.050 de 1974 e normas complementares, que vêem tal ação como prioridade governamental, devendo existir sistemas de vigilância compatíveis com tal ação <sup>4, 26, 27, 28</sup>.

A PNSB propõe ações voltadas para a higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor como meio para prevenção e controle da cárie devendo-se considerar o perfil epidemiológico da população e ainda ações de recuperação e reabilitação, pois “à atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento” <sup>4, 17,18</sup>.

Assim é recomendado que a equipe de saúde bucal junto a ESF planeje, organize e fomente ações de diversas naturezas que incluam além da prevenção da cárie, o cuidado com outros agravos, como câncer de boca por meio de busca ativa de lesões e ações formativas dentre os grupos populacionais que compõem a comunidade onde exercita sua função, criando elo e parcerias, por exemplo, com Universidades, para que situações das mais diversas possam ser acompanhadas, diagnosticadas, tratadas e reabilitadas; fortalecendo a credibilidade da rede e atuando em diferentes níveis de atenção <sup>4, 17,18, 24, 25</sup>.

A assistência odontológica dentro do SUS se restringia a procedimentos básicos em maior parte, configurando uma baixa capacidade de oferta nos serviços de atenção secundária e terciária, geralmente associada à falta de estrutura e financiamento. Assim, a PNBS orienta que o Ministério da Saúde, deveria contribuir para a implantação e melhoria dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO), que devem funcionar como referência para as equipes de saúde bucal e de acordo com a situação epidemiológica regional, oferecer procedimentos de maior complexidade, assim como os laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) que viriam a expandir a quantidade de usuários assistidos por meio do aumento de procedimentos e ações disponíveis na rede. A partir dessa iniciativa, foram inseridos

e ofertados serviços odontológicos nas Unidades de Saúde Família (USF), Unidade Odontológica Móvel (UOM), CEO, e hospitais, visando a integralidade da atenção <sup>4</sup>, 12, 17,18.

A PNSB coloca que “o território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersectorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população”, portanto, compreender tais aspectos é fundamental para o processo de trabalho em saúde dentro da ESF <sup>4, 29, 30</sup>.

Dentro da conjuntura na qual se apresentava a oferta de serviços odontológicos no Brasil, a PNBS veio como um divisor de águas entre um modelo arcaico e centrado na pura técnica, para um modelo de atenção voltado para o indivíduo em sua mais pura integralidade dentro de seu meio e a compreender suas necessidades em todos os níveis. Nesse ponto, a observância do proposto em 2004, requer até os dias atuais um olhar cuidadoso para não se replicar o que outrora separou a saúde bucal da atenção primária em saúde.

- **O Impacto da PNSB na condição de saúde bucal brasileira**

Uma das premissas da PNSB é poder garantir a saúde da população, visto que essa não é possível se o indivíduo não possuir uma saúde bucal. Desta forma, a inserção dos cirurgiões dentistas nas unidades de saúde e a criação de centros especializados em odontologia trouxeram significativas mudanças no que diz respeito ao acesso a saúde bucal, prevenção e controle de doenças que antes eram negligenciadas e apenas tratadas de modo curativo. Além da inclusão dos centros de especialidade oncológicas e da alta complexidade nos setores hospitalares, que cuidam dos fatores pré e pós-tratamento oncológicos e suas necessidades como: as

exodontias pré-radioterapias, o cuidado em se evitar cárie de radiação, através da ação preventiva de aplicação tópica de flúor, entre outros acompanhamentos, que se fazem necessários nessa fase do indivíduo com câncer<sup>31</sup>.

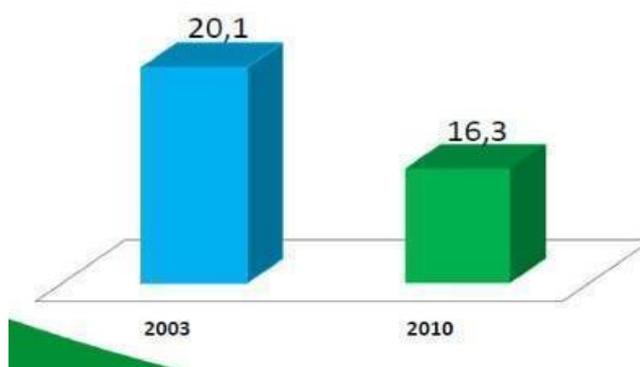
No ano de 2010, o Projeto SB Brasil surgiu como uma forma de avaliar os avanços obtidos e os pontos a serem revistos e necessários de atenção na atuação do odontólogo dentro do SUS, podendo assim entender as melhorias no que concerne à expansão de atendimento, cobertura e qualidade dos serviços de saúde<sup>5</sup>. Para poder acompanhar a situação de saúde bucal da população, o município tem por obrigação alimentar os sistemas de informação, a fim de se obterem dados atualizados que norteiam as ações de saúde pública, e servem de avaliação e monitoramento do acesso e cuidado em saúde<sup>34</sup>.

Através da comparação dos levantamentos epidemiológicos no ano de 2003 e do SB Brasil de 2010, foi possível estabelecer uma avaliação do impacto da PNSB quando analisados os índices de prevalência da doença cárie em crianças e jovens, o índice CPO-D, e o índice periodontal comunitário, bem como dos dentes perdidos nas fases adulta e idosa<sup>34,31</sup>.

Segundo o levantamento epidemiológico SB Brasil de 2003, é preocupante os índices de cárie na dentição de bebês, crianças, adultos e jovens, sendo a prevalência dessa doença respectivamente de 27% bebês de 18-36 meses, 60% de 5 anos, 70% de 12 anos e 90% de 15-19 anos de idade de acordo com a dentição de cada faixa etária, e tornando-se presente em todos os tipos desde a dentição decídua, dentição mista e permanente, além de trazer dados que corroboram para o fato de que com o passar da idade, as sequelas da doença cárie se tornam mais complexas e acompanham o indivíduo por toda a sua vida<sup>31</sup>.

Em crianças de 5 anos de idade, a média de dentes afetados pela doença cárie expressa pelo índice ceo-d foi de 2,8 em 2003; a média de dentes cariados no SB BRASIL de 2010 foi de 2,43 dentes, resultando em uma redução de 17,8% decorrido o primeiro levantamento epidemiológico após a PNSB de 2003<sup>5</sup>. Esta comparação pode ser vista descrita no gráfico 1, onde fica claro a redução do índice.

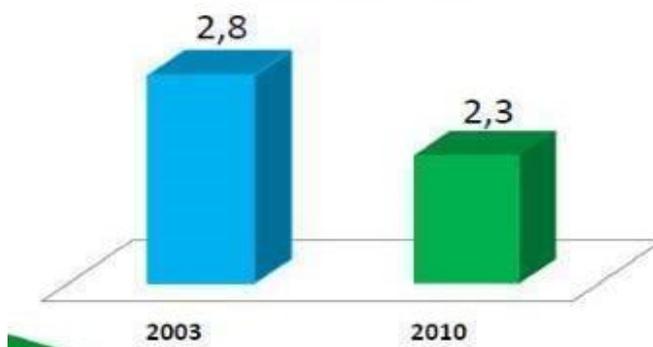
Gráfico 1 - Média de dentes afetados pela cárie aos 5 anos de idade



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Ainda em se tratando do índice de cárie, na faixa etária de 12 anos o CPO-D no ano de 2003 era de 2,78, já nos anos de 2010 o CPO-D foi de 2,07 indicando uma redução de 25,5%<sup>5</sup>. Nas faixas etárias de 15-19 anos, o CPO-D foi de 6,2 onde houve uma redução para 4,25 em 2010 com relação ao ano de 2003<sup>25,5</sup>. Refletindo o acesso a saúde bucal nessa faixa etária com a diminuição do surgimento da cárie e consequentemente da necessidade do seu tratamento. Nos adultos de 35-44 anos de idade, o índice de CPO-D no ano de 2003 foi de 20,1 e no ano de 2010 o CPO-D foi de 16,7 como descrito no gráfico 2, significando uma redução de 17% entre os dois levantamentos do SB BRASIL<sup>5</sup>.

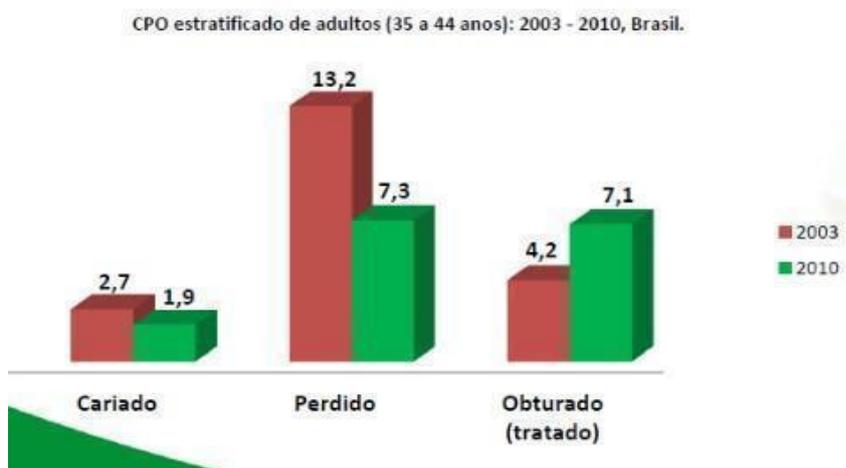
Gráfico 2 - Comparativo de Índice de CPO-D em adultos de 35 a 44 anos nos anos de 2003 e 2010.



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Notoriamente nesse grupo houve uma diminuição do número de dentes acometidos pela cárie, e dos dentes perdidos em consequência da mesma. Além do aumento no número de dentes tratados, por consequência da doença cárie, caracterizando um aumento no acesso da população a tratamentos e atendimento odontológicos, melhorando as condições de saúde bucal, em Dados no ano de 2003 foram 13,23 o número de dentes perdidos e em 2010 foram 7,48; já os dentes obturados passaram de 4,22 no ano de 2003 para 7,33 no ano de 2010 <sup>5</sup>, conforme exemplifica o gráfico 3.

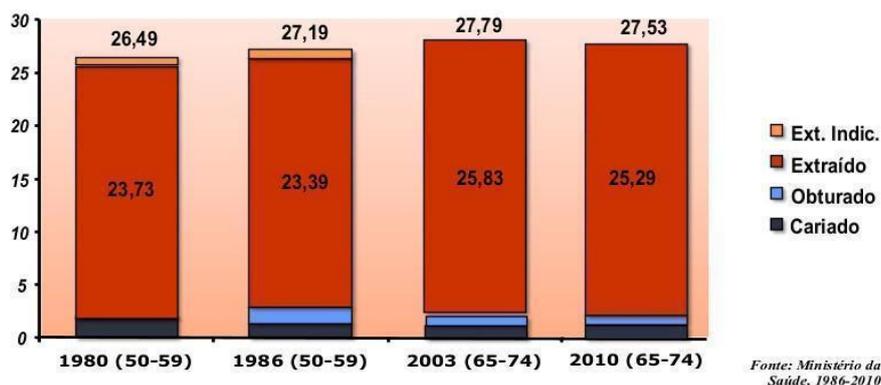
Gráfico 3 - Redução dos componentes perdidos e aumento dos componentes obturados, em comparativo entre os anos de 2003 e 2010 na faixa etária de 35-44 anos.



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Nas idades de 65-74 anos, o CPO-D no ano de 2003 foi de 27,8 e no ano de 2010 o CPO-D foi de 27,5 caracterizando uma baixa redução, conforme pode ser ilustrado no gráfico 4. Observa-se também que o componente principal desse grupo são os dentes perdidos ou “extraídos”, totalizando 90,5% de sextantes excluídos por não haverem a presença de dentes, ou não apresentarem condições de serem examinados <sup>5</sup>.

Gráfico 4: CPO-D na população de 65 a 74 anos de 1980 a 2010



O SB Brasil 2003 mostrou que para os parâmetros internacionais, o Brasil apresentava se muito aquém das metas estabelecidas pela OMS para o ano de 2000 apresentando CPO-D (dentes Cariados, Perdidos ou Obturados) igual a 2,78 aos 12 anos de idade com inúmeros agravos a serem resolvidos, principalmente no que diz respeito à quantidade de dentes cariados por indivíduo <sup>5, 25, 26</sup>.

Já no SB Brasil 2010, houve um progresso significativo que apresentou um declínio do CPO-D aos 12 anos para 2,07 representando uma queda de 26,7% em sete anos, dado este que demonstra uma eficaz mudança após a implementação das medidas sugeridas e firmadas na PNSB. Assim também apresentou se a redução do componente para dentes cariados e perdidos com acentuado crescimento para o componente de dentes obturados, significando que o acesso aos serviços de saúde e restauradores aumentaram, o que demonstra uma mudança significativa saindo da dinâmica de procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, para ceder espaço aos tratamentos restauradores <sup>5, 11, 25</sup>.

Com relação ao CPI na faixa etária de 12 anos, o índice encontrado foi de que 62,9% das crianças apresentavam todos os sextantes hígidos, levando em consideração os parâmetros periodontais necessários para a avaliação do exame,

onde foi adotado realizar o registro dos sextantes avaliados e não apenas do pior quadro encontrado por sextantes. Com relação ao cálculo dental foi encontrada a condição de 23,7 % representando a condição periodontal de maior prevalência, e o sangramento representado pela porcentagem de 11,7 % como o escore máximo encontrado nas crianças dessa faixa etária<sup>5</sup>.

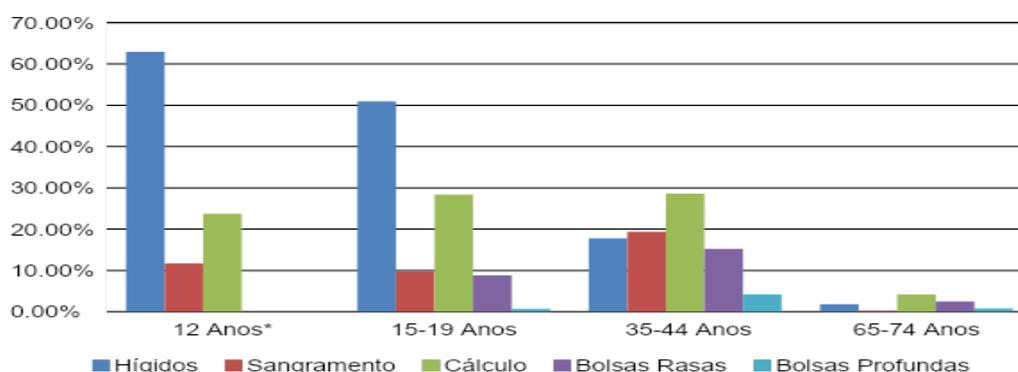
Para o grupo de 15-19 anos, foi observado 50,9% dos sextantes hígidos, 9,7% apresentaram sangramento, 8,8% de bolsa rasas e 0,7% de bolsas profundas, e 28,4% apresentavam cálculo sendo este o maior problema identificado nessa faixa etária, que apresentam a maior prevalência de sangramento e cálculo assim como a forma mais branda da doença periodontal<sup>5</sup>.

Em relação ao grupo de 35 a 44 anos, CPI foi de 17,8% de sextantes hígidos onde nesse grupo aparecem as formas mais graves das doenças periodontais com prevalência de 19,4% apresentando sangramento, 28,6 % cálculo, 15,2% bolsas rasas e 4,2% bolsas profundas o que nos indica a necessidade de acompanhamento dessa faixa pelo cirurgião dentista de modo contínuo e periódico, para tratamento e controle da doença periodontal, estabelecimento da saúde bucal e promoção de saúde geral uma vez que a saúde periodontal pode influenciar na saúde sistêmica de pacientes diabéticos<sup>5</sup>.

Além de apresentarem 32,3% como o pior escore de sextantes que foram excluídos por não terem condições de serem avaliados, Nas idades de 65-74 anos, 1,8% dos sextantes que foram examinados eram hígidos, 4,2% apresentavam cálculo, 0,2% sangramento e 3,3,% bolsas periodontais, com a classificação de 2,5% de bolsas rasas e 0,8% de bolsas profundas. A alteração mais prevalente foi o cálculo dental no sextante inferior central, e de sangramento no sextante esquerdo tanto

superior quanto inferior em relação aos outros sextantes <sup>5</sup>. Os dados são representados no gráfico 5 abaixo.

Gráfico 5: Condição periodontal dos brasileiros no ano de 2010.



Fonte: Adaptado no SBBRASIL de 2010

As oclusopatias foram avaliadas pelo índice de estética dental (DAI) na dentição permanente. Na faixa de 12 anos, 61,2% das crianças não apresentam nenhuma oclusopatia; 19,9% apresentam oclusopatia definidas; 11,9% oclusopatias severas e 7,1 % oclusopatias muito severas <sup>5</sup>.

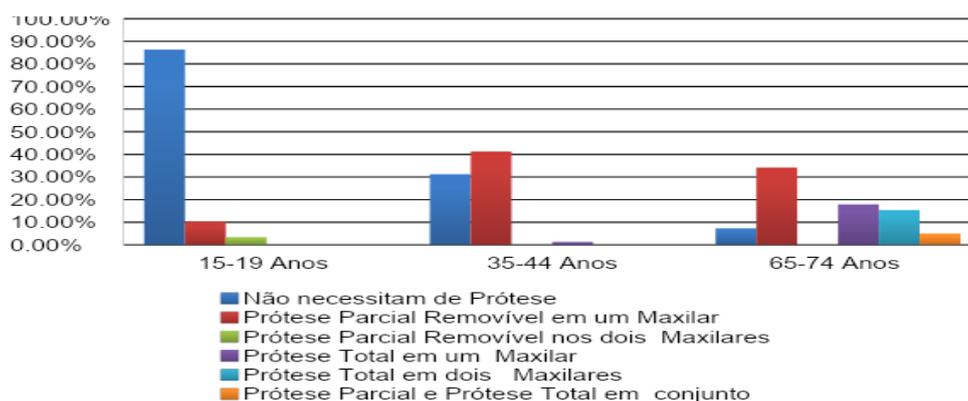
Já nas faixas de 15 a 19 anos, relacionado à necessidade de prótese, 86,3% não necessitam de nenhum tipo de prótese, 13% necessitam de algum tipo, destes 10,3% precisam de uma prótese parcial removível em pelo menos um maxilar, 3,4% precisam de uma prótese parcial removível nos dois maxilares e para as próteses fixas em um e ambos os maxilares foi de zero <sup>5</sup>. Configurando assim a crescente melhora nos serviços de saúde bucal com redução das perdas dentais em decorrência do acometimento da doença cárie, refletindo em uma baixa nos números de indivíduos que necessitam do restabelecimento de elementos perdidos através de algum tipo de prótese <sup>5</sup>.

Dos 35 aos 44 anos, para a necessidade de prótese e a reabilitação oral, 68,8% necessitam de algum tipo de prótese onde 41,3% são próteses parciais

removíveis em pelo menos um maxilar, e 1,3% são representados pela necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar, o número de necessidade de prótese total ou parcial nos dois maxilares foi de zero. Elencando uma diminuição entre os anos de 2003 e 2010 de 4,4% para 1,3%<sup>5</sup>. Apesar dos números serem altos, podemos verificar a consequência da doença cárie dessa faixa gerando uma perda de elementos dentais e conseqüentemente a necessidade de prótese pela deficiência antes encontrada na saúde bucal e que reverbera nos anos seguintes com as suas conseqüências, ainda que a situação do acometimento da doença possa regredir, aquelas conseqüências já instaladas não podem ser desfeitas.

Nas idades de 65-74 anos, 7,3% dos indivíduos não tinham a necessidade do uso de prótese, onde 34,2% precisavam de uma prótese parcial removível em um maxilar, 17,9% de prótese total em um maxilar, 15,4% necessitavam de prótese total nos dois maxilares e 5,0% prótese parcial e prótese total em conjunto<sup>5</sup>. A disfunção mastigatória e os prejuízos à saúde do indivíduo nessa faixa etária é preocupante uma vez que o número de elementos perdidos é alto, e acarreta na necessidade do restabelecimento da função pela prótese, por conseguinte o número de indivíduos que necessitam de uma prótese total além de ser alarmante evidencia a importância e necessidade dos centros de reabilitações orais e protéticas, junto às ações de conscientização para a saúde bucal da população adulta e idosa conforme pode ser visto no gráfico 6.

Gráfico 6: Necessidade de prótese no ano de 2010.



Fonte: Adaptado do SB BRASIL 2010

Estatisticamente o Brasil deixou de ser considerado como risco médio de cárie na faixa etária dos 12 anos para baixo risco de cárie, segundo o SB BRASIL de 2010 que diz: “segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma média prevalência de cárie em 2003 (CPO-D entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO-D entre 1,2 e 2,6)”<sup>5</sup>.

Na tabela 1, é possível observar um comparativo entre os índices de CPO-D nos anos de 2003 e 2010, referentes aos levantamentos epidemiológicos no SB BRASIL nos respectivos anos.

Tabela 1: comparativo dos CPO-D entre os anos de 2003 e 2010.

| Faixa etária | CPO-D SB BRASIL |      | Redução em % |
|--------------|-----------------|------|--------------|
|              | 2003            | 2010 |              |
| 5 Anos*      | 2,8             | 2,43 | 13,9%        |
| 12 Anos      | 2,78            | 2,07 | 26,2%        |
| 15-19 Anos   | 6,2             | 4,25 | 35%          |
| 35-44 Anos   | 20,1            | 16,7 | 17%          |
| 65-74 Anos   | 27,8            | 27,5 |              |

\* Na idade de 5 anos é utilizado Ceo-d .

- **Os avanços pós Política Nacional de Saúde Bucal**

Como a PNSB propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor, estas práticas também devem ser avaliadas a fim de manter a observância do proposto na PNSB, sendo a maioria das ações de responsabilidade do CD ou que conte com sua organização e suporte. Assim, o próprio levantamento epidemiológico e outros estudos mostram que houve realização de atividades preventivas, principalmente entre escolares na faixa etária dos 12 anos de idade, visto que é a partir desse momento que ocorrem as maiores mudanças da dentição decídua para permanente <sup>5, 35</sup>.

Almeida e Ferreira (2008) mostraram em seu estudo que os maiores avanços nas atividades do CD dentro da ESF com intenção de reorganizar as atividades prestadas na atenção básica foram a aplicação tópica de flúor, que foi realizada por 95% dos dentistas e a orientação de higiene bucal, por 87,5%, dados esses que, em longo prazo, refletem na qualidade da saúde bucal; tais ações de atividade preventivas em âmbito coletivo, foram realizadas em grupo geralmente em escolas, e contaram com escovação supervisionada e palestras e orientações a pais e professores. Observou-se ainda que muitos cirurgiões dentistas mostraram-se preocupados com a coleta de dados, dada a importância do levantamento epidemiológico para o desenvolvimento de novas ações e metas <sup>35, 36, 37</sup>.

O preventivismo odontológico começou a destacar-se na década de 1980 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV), com uma forte inserção da prática da aplicação do flúor gel em escolares de 6 a 12 anos como prática corrente associada à escovação supervisionada e uso

de evidenciadores de placa, como meios para levantamento de dados epidemiológicos e controle da realidade local <sup>35, 37, 38, 39</sup>.

Dentro das ações preventivas coletivas, as visitas domiciliares ganharam espaço e vez, com um enfoque a grupos de gestantes e mães onde foi visto que a ação preventiva por meio da orientação de higiene bucal tanto para mãe quanto para os bebês são de extrema importância e surtem bastante efeitos na saúde bucal e ainda para grupos com agravos sistêmicos como idosos, hipertensos e diabéticos foram recomendadas atividades preventivas importantes para a saúde geral, tais como caminhadas, passeios e outras ações voltadas ao lazer das pessoas, sendo também abordada uma preocupação com o grupo de idosos quanto ao câncer de boca e uso de prótese <sup>35, 37, 38, 39</sup>.

Um dos pontos de maior destaque é que na ESF as ações em grupos populacionais são mais expressivas e rompe as barreiras com do consultório e do modelo tradicional de fazer saúde que é individual, curativista e pouco voltado para autonomia do indivíduo e meio cultural onde esse se insere <sup>5, 35, 40</sup>.

“A OMS evidencia a integração da saúde oral com a saúde geral, buscando relacionar as atividades de saúde bucal às políticas públicas e aos programas de saúde através de fatores como o consumo do álcool e do tabaco, a dieta e consumo de açúcar, higiene corporal como um todo, trabalhos de prevenção de acidentes de trânsito, integração com programas HIV/AIDS, trabalhos desenvolvidos contra doenças parasitárias, entre outros” e tais atividades têm sido praticadas, de forma tímida, mas ainda assim, com empenho do CD e da equipe da ESF <sup>35, 37, 38, 39</sup>.

Outro aspecto positivo é a integração com a equipe da ESF, principalmente com a enfermagem, para ações com mães e bebês e nas atividades preventivas,

mostrando que a ação multiprofissional é essencial e eficaz para a população onde a ESF está presente <sup>35, 37</sup> .

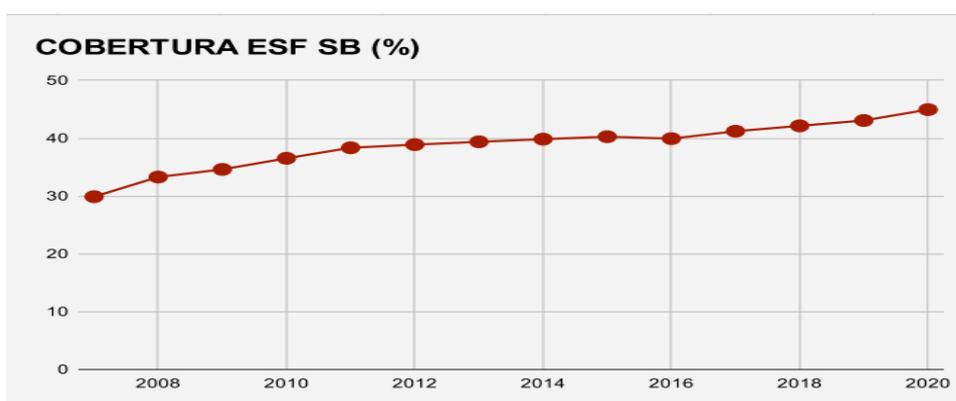
Portanto, diante de tais relatos e dados vistos, os maiores e mais marcantes avanços concentram-se nas ações educativas e de educação permanente, no acolhimento, vínculo e responsabilização, o que também agrega na maior cobertura de área de indivíduos a serem atendidos pela rede, e soma-se a isso a expansão da atenção secundária e terciária <sup>11</sup>.

No que tange ao acesso e cobertura, grandes avanços foram vistos e impactaram as realidades onde as ESB foram inseridas. Entre os anos de 2002 e 2016 o número de ESB na ESF aumentou de 4.261 para 24.384, um crescimento superior a 470%, dado esse que implica no aumento de usuários assistidos pela rede. No que diz respeito às tecnologias duras, houve um grande aumento no investimento e aquisição de equipamentos e infraestrutura, com destaque para a entrega de 185 UOM que garantiram acesso e atendimento às populações mais distantes dos meios urbanos <sup>37, 38, 39, 40</sup>.

Observou-se que houve uma ampliação na produção de procedimentos de 18% entre 2001 e 2011, porém com desaceleração a partir de 2013; em contrapartida a atenção especializada obteve ampliação na produção de procedimentos entre 2001 e 2007 de 85% e uma queda na proporção de procedimentos de exodontia de 47% em 2015, com resultado geral de que a cobertura populacional das ESB no Brasil subiu de 9% em 2002 para 43% em 2016. Portanto, a ampliação das ESB dentro ESF na atenção básica e a implantação de CEOs e LRPD, na atenção secundária, configuram estratégias extremamente importantes para a integralidade da atenção à saúde e aumento do acesso e a cobertura em saúde bucal <sup>38</sup>.

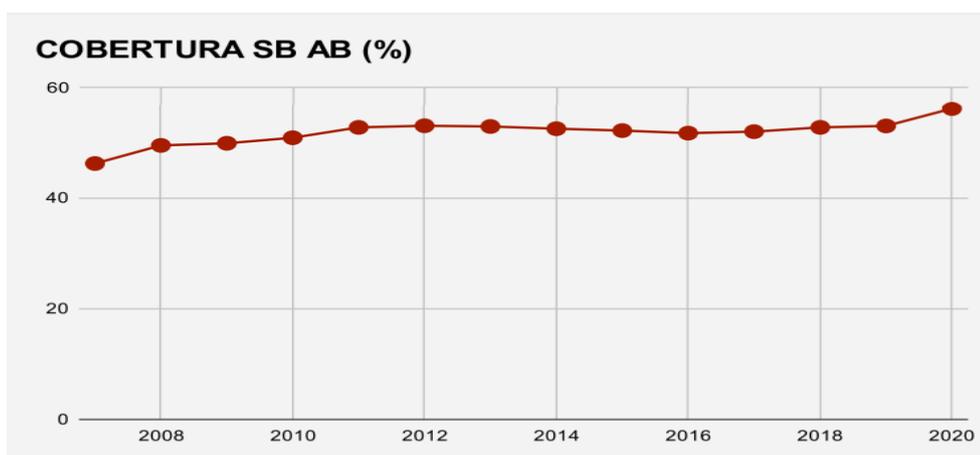
Os gráficos abaixo trazem dados que mostram o avanço na cobertura da saúde bucal dentro da ESF, saindo aproximadamente 30% em 2007 para quase 45% em 2020, e de um percentual de cobertura dentro da atenção básica que foi de 46% em 2007 para 56% em 2020. Os dados foram obtidos no E-Gestor AB - Cobertura de Saúde Bucal e no Painel de Indicadores do Ministério da Saúde, e corroboram que a PNSB tem ampliado o acesso dos brasileiros a procedimentos odontológicos após sua implantação.

Gráfico 7: Cobertura da saúde bucal dentro da ESF, anos 2007 - 2020.



Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2021.

Gráfico 8: Cobertura da saúde bucal dentro da atenção básica, anos 2007-2020.



Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2021.

- **Quais desafios persistem após quase vinte anos da Política Nacional de Saúde Bucal?**

Após quase vinte anos da divulgação e implantação da PNSB e do comparativo entre os Projetos SB Brasil 2003 e 2010, e outras avaliações de estudos dentro da temática, foi possível identificar muitos avanços no cuidado em saúde bucal na atenção básica, mas em paralelo a isso os desafios também são crescentes.

Apesar de muitas atividades preventivas terem sido realizadas e organizadas no âmbito da atenção primária, a maioria delas se fez presente dentro das paredes da UBS, o que vai à contramão de uma característica importante do PSF, que a inserção da ESF dentro dos ambientes comunitários, sendo as escolas da comunidade, os ambientes mais utilizados fora da UBS. Tal fato, por si só, não é negativo, mas ater-se unicamente a este ambiente é privar-se da rotina e regularidade de ações em outros ambientes e outros grupos que não os escolares para ações preventivas e despertar do autocuidado. Uma problemática também vista é o espaço disponível para ações preventivas como palestras e rodas de conversas no ambiente das Unidades Básicas, pois são em maior parte das vezes pequenos e não conferem a qualidade ideal para ações preventivas <sup>35, 36</sup>.

Como desafio há ainda a não exigência do cirurgião dentista na equipe mínima da ESF, o que coloca a saúde bucal como uma opção quando está é inerente, direito e essencial ao ser humano, para, além disso, outro desafio que persiste após quase vinte anos de PNSB é a integração da saúde bucal dentro da ESF, seja pelo modelo biomédico centrado em procedimentos curativos que ainda persistem para e em maior parte dos cirurgiões dentistas presentes no SUS ou pela falta de integração da ESB com a ESF, o que é extremamente prejudicial para o desempenho correto da atenção básica e dos princípios do SUS, pois, isso configura, desmontar o ser humano em

partes esquecendo-se de que este é um organismo único, cuja atenção e cuidado deve ser integral <sup>11, 35, 36</sup>.

“A terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal propõe a relação com a saúde geral inserida no processo de qualificação dos profissionais de saúde, permitindo que estes sejam capazes de inter-relacionar alterações bucais com manifestações sistêmicas. Essa integração é importante e deveria ser mais expressiva, utilizando fatores de risco comuns entre os diversos problemas de saúde para o desenvolvimento das atividades educativas” <sup>36</sup>.

Um desafio que deve ser observado e vencido o quanto antes se refere à vigilância em saúde bucal. A maior parte dos dados coletados em ações preventivas é de pouco detalhe e muitas vezes perdidos ou não coletados, o que afeta diretamente a forma como ações e medidas preventivas podem ser organizadas e planejadas, pois sem o conhecimento epidemiológico da região onde a ESF está alocada, como conhecer quais as necessidades, demandas e insumos a serem atendidas e ofertadas? Nesse contexto é visto que “a área da saúde bucal deve exercer sua função estratégica no sistema de saúde, contribuindo para o desenvolvimento científico, tecnológico e organizacional de práticas de vigilância, visando conhecer e atuar sobre os níveis de saúde da população” por meio da coloração dos agentes envolvidos que saibam da necessidade dos dados para ações futuras, pois a não estruturação da vigilância à saúde bucal gera lacunas cujas repercussões comprometem toda atenção básica. Há ainda que se ver que os dados epidemiológicos não devem limitar-se à cárie dentária e não se restringem ao ambiente da Unidade de Saúde <sup>4, 35, 36, 37</sup>.

Outro ponto a ser revisto se dá no público alvo e local de maior ação das medidas preventivas, que ocorreram nas escolas entre crianças e adolescentes de 6

a 12 anos. Mesmo com as visitas domiciliares, as atividades executadas não abrangem em muitos, por exemplo, busca ativa por lesões como prevenção ao câncer de boca ou mesmo orientações sobre o autoexame, são pequenas em relação a outras atividades. Há ainda a questão de o tempo clínico dedicado ser alto em relação ao desenvolvimento de ações junto com a ESF <sup>36</sup>.

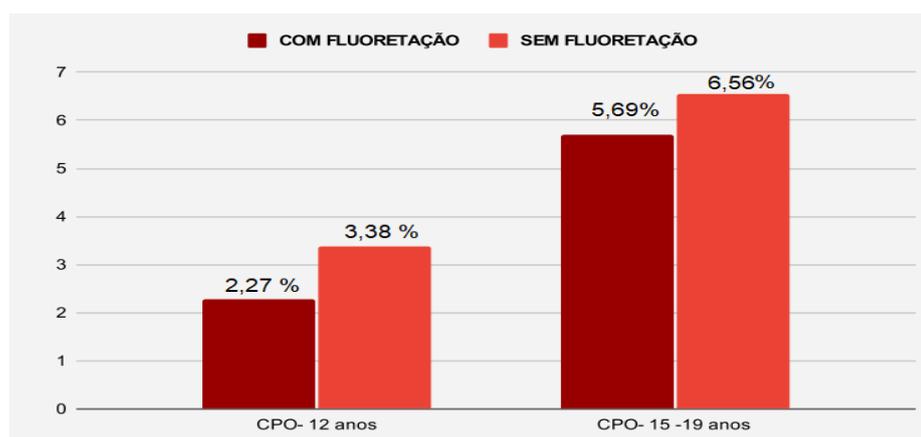
Apesar dos dados vistos no SB Brasil 2003 sobre fluoretação das águas, tais dados referentes ao ano de 2010 não foram levantados de forma específica para averiguar se tal medida tivera avanço ou retrocesso, trazendo a tona uma realidade infeliz, onde governos e os serviços intersetoriais agem de forma falha e não prezam pelo cumprimento da lei, visto que este é um dever e direito do cidadão, o que leva a compreensão de há uma ampla falta de empenho nesta atividade, seja pela descrença em sua eficácia ou ignorância quanto ao tema. Já foi estabelecida em inúmeros estudos que a adição de flúor às águas de abastecimento público, é uma estratégia de saúde pública para prevenir a cárie dentária, onde se pode observar a tendência de queda nos níveis de cárie em regiões com água fluoretada é fornecida em relação aos níveis de cárie em regiões sem esse serviço. “Desde 1974, a fluoretação das águas é obrigatória no Brasil, onde exista Estação de Tratamento de Água. Tal obrigatoriedade foi estabelecida pela lei federal 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22 de dezembro de 1975” <sup>5, 19, 26, 27, 28</sup>.

A fluoretação das águas é um serviço que deve ser perene, regulado por vigilância para evitar danos como a fluorose dental, por isso a vigilância epidemiológica se faz tão necessária no campo da saúde bucal; e é um benefício que favorece os segmentos sociais de baixa renda <sup>26, 27, 28</sup>.

“A fluoretação das águas apresenta um enorme potencial de universalização e, ademais, contribui para que as pessoas tenham acesso à água tratada, talvez a mais

importante ação de saúde pública. Por isso, pode-se considerar socialmente injusto não realizá-la ou interrompê-la”<sup>27</sup>. No gráfico abaixo é possível observar a condição de CPO-D entre municípios que contam ou não com a fluoretação das águas, percebendo como o impacto de tal medida pode ser decisivo para a melhoria de indicadores.

Gráfico 9: Comparação entre o CPO-D de municípios com e sem fluoretação das águas.



Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, SB Brasil 2003.

Há ainda um desafio quanto aos indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde em relação à atenção básica em saúde bucal. No 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi ressaltado que era necessária a incorporação de indicadores que contemplem a carteira mínima de serviços de saúde bucal, para que a gestão e organização do processo de trabalho sejam eficazes. Pois os parâmetros atuais eram baseados em metas locais dos serviços, não demonstrando com clareza a expansão do acesso, resolutividade e continuidade tornando os dados coletados insuficientes para avaliação. Portanto, o monitoramento e desempenho das ações e serviços devem favorecer uma análise acerca do cumprimento dos princípios do SUS, para que qualificações no sistema sejam ofertadas<sup>9</sup>.

Como desafios gerais, ainda persiste a ampliação em regiões e qualificação da assistência à população, o que prejudica o processo de trabalho; as condições de trabalho precisam ser revistas, pois estão diretamente ligadas à qualidade da assistência e a implementação da vigilância à saúde bucal como elemento essencial e para a sustentabilidade da PNSB. Ademais, as diferenças regionais do país tornam ainda mais alarmantes as disparidades no que concerne ao acesso e cobertura, as regiões ao norte do país apresentam indicadores epidemiológicos em pior situação, necessitando não apenas de uma reorganização no contexto da saúde, mas de todo o ponto assistencial governamental <sup>11, 35, 36, 37</sup>.

Mesmo com o aumento da cobertura, um grande e talvez um dos maiores desafios a serem superados, é o perfil do profissional do dentista que está inserido dentro da ESB e ESF que ainda é voltado para o modelo tradicional de formação onde os procedimentos mutiladores como exodontias e visão puramente técnica são priorizados justamente pela falta de adequação no ambiente de trabalho às necessidades de um perfil profissional humanizado e por próprio CD enxerga-se como uma peça à parte da equipe. Mesmo com as alterações curriculares que ocorreram nos últimos anos para incorporar o estudo da saúde pública na formação acadêmica do profissional da saúde, o modelo biologicista prevalece por inúmeros fatores, dentre os quais podemos citar: precariedade do ambiente e condições de trabalho como o não cumprimento das exigências nos modelos das ESB, vínculo instável com a instituição o que desmotiva o profissional, carga horária clínica que impede o profissional de voltar-se a ações de cunho preventivo e promoção de saúde colocando o dentista como uma peça não fundamental da atenção básica, mas apenas um profissional dentro da UBS com rotinas e ações isoladas daquelas próprias da ESF <sup>24, 25, 40, 41, 42</sup>.

Outro grande desafio interposto recentemente foi a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, na qual foram propostas mudanças que podem levar ao insucesso dessa política pela perda da continuidade e vínculo, o que são atributos primordiais na Atenção Básica, ela ainda propõe a substituição e criação em determinados territórios não da ESF, mas da equipe de Atenção Primária (eAP) onde a equipe mínima é composta por médicos e enfermeiros, onde não se insere os profissionais de saúde bucal, portanto essa PNAB evidencia um descompromisso com a integralidade do serviço e necessidade da população <sup>43, 44</sup>.

Desde a publicação da primeira PNAB, em 2006, inúmeros avanços foram vistos, a exemplo a cobertura das equipes de saúde bucal que foi de 29% para 41% com ampliação também dos agentes comunitários de saúde (ACS) em 25%. Uma das atualizações trazidas é a fusão dos ACS com os agentes de combate de endemias (ACE), ponto negativo visto que as funções de cada um podem ser prejudicadas com tal mudança de processo de trabalho, e tal medida descaracteriza as funções dos ACS. Um problema a mais é a flexibilização da carga horária e da cobertura, que deixa claro a pouca ou nenhuma preocupação com as alterações do modelo de saúde visando apenas à redução de custos <sup>43, 45</sup>.

Em relação ao financiamento o novo modelo proposto de capitação ponderada que leva em consideração critérios como o desempenho, estratégias e indicadores de saúde, tem como consequência a inconstância das verbas repassadas, e a desassistência da população uma vez que essa verba depende dos sistemas de informações, do correto preenchimento e da quantidade de indivíduos cadastrados<sup>47</sup>.

O financiamento federal para a saúde vem sendo reduzido nas últimas décadas, onde os gestores locais possuem maior responsabilidade nos investimentos da saúde, e tais repasses de recurso dependem da adesão ou não de cada gestor

enquanto a equipe de saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família, por tanto ficando a saúde bucal como uma escolha individual da gestão, indo de contra-partida ao proposto anteriormente em tornar o acesso à saúde bucal cada vez maior na população<sup>48,49</sup>.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por fim, diante da revisão de literatura realizada, considera-se que a Política Nacional de Saúde Bucal foi um marco para o serviço odontológico dentro da atenção primária em saúde, fato este que, sem sua implantação a partir de 2004, os caminhos da saúde bucal brasileira viriam a percorrer trajetos sombrios e sem perspectiva, seja por parte dos profissionais ou da população que se beneficia de tais serviços.

Salienta-se que, apesar de inúmeros avanços, há um longo e árduo caminho para se construir um serviço odontológico público que cumpra em totalidade o que é impelido pela PNSB em vista de garantir a integralidade do acesso e cobertura dos serviços de saúde no Brasil, situação tal, que é agravada pelo regionalismo brasileiro que impõe a determinados grupos populacionais o margear da prestação de serviços e garantia de direitos mínimos.

Assim, para que novos horizontes possam ser enxergados, experienciados e vividos é necessário a adoção de medidas pessoais, que advenham do profissional, como também medidas coletivas, por meio dos grupos e setores envolvidos no processo de trabalho em saúde que vislumbre a cooperatividade, com olhares sempre atentos a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade com a finalidade de um alcançar e favorecer uma rede ainda maior.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011. p. 19-21.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risk to oral health. Bull World Health Organ. 2005;83(9):661-9. PMID:16211157.
3. Pinto RS, Abreu MHNG, Vargas AMD. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saúde. 2010;12(2):109-14.
4. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
5. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: principais resultados no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.s.l; s.n; 2011. 92 p. Livrotab, graf, mapas. Monografia em Português | Ministério da Saúde | ID: mis-34705
6. Oliveira RFR, Haikal DSA, Ferreira RC, et al. Abordagem multinível quanto ao uso de serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde entre adultos brasileiros. Caderno de Saúde Coletiva, 2019, Rio de Janeiro, 27 (4): 455-467.
7. Schneider F, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.273-284, 2015.
8. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006 (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 11).
9. França MASA, Freire MCMF, Pereira EM, Marcelo VC. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das

- ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 29(1): e2018406, 2020.
10. Galvão MHR, Roncalli AG. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2021; 37(1): e00184119.
  11. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista de Saúde Pública*, 2015;49:98.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção Primária em Saúde Bucal, o que é?* 2021.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde: 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Governo Federal, 2021.
  14. Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Constituição Federal de 1988 - Seção II Saúde - artigos 196 a 200. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil? Brasília: Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>
  16. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo\\_a\\_Passo\\_Saude\\_Bucal\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf)
  18. Chaves S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador. EDUFBA. 2016.

19. Mattos GCM, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):373-382, 2014.
20. Pucca Junior GA. The national politics of buccal health associal demand. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):243-246, 2006.
21. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):762-69.
22. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003;8(2):557-67.
23. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):105-114, 2006.
24. Soares ÉF, Reis SCGB, Freire MCM. Ideal Characteristics Of The Dental surgeon in the family health strategy. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 327-341, maio/ago. 2014.
25. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Caderno Saúde Pública*. 2005;21(4):1026-35.
26. Santos MGC, Santos RC. Fluoretação das águas de abastecimento público no combate à cárie dentária. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Vol 15, nº 1. 2011.
27. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):381-392, 2000.
28. Pacheco MLG, et al. A fluoretação como estratégia de combate à cárie na saúde pública: uma revisão de literatura. *Luminária, União da Vitória*, v. 18, n. 01, p. 03-09 (2016).

29. Leme PAT, Seiffert OMLB. Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(2), e310211, 2021.
30. Leme PAT, et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290111, 2019.
31. SB Brasil 2003: pesquisa nacional de saúde bucal: principais resultados. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2004.
32. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendação para uso de Fluoretos no Brasil. Brasília – DF 2009.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)
34. Carrer, FCA, et al. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.
35. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):2131-2140, set, 2008.
36. Moysés SJ, et al. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):161-7.
37. Pucca Junior GA, et al. Access and oral health population coverage after implementation of the National Oral Health Policy “SmilingBrazil”. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 14(1), 29-43, mar, 2020. Epub Maio, 2020.

38. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010.
39. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010.
40. Costa RM, et al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, 2012, Jul.-Set.; 7(24):147-63.
41. Martelli PJJ, et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2):3243-3248, 2010.
42. Moraes LB, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [ 1 ]: 171-186, 2015.
43. Ferreira JS, Ladeia LEG. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. *Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 42, p. 681-695, 2018 - ISSN 1981-1179.
44. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1327-1337, 2020.
45. Almeida ER, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica* 42, 2018.
46. Brasil. Ministério da Saúde: Portaria 60 de 26 de novembro de 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/11/portaria60.pdf>
47. Harzheim, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 27 Setembro 2021], pp. 1361-1374. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>>. Epub 06 Abr 2020.  
ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>

48. Rossi, Thais Regis Aranha et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 119 [Acesso em 27 de setembro de 2021], pp. 826-836. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811903>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811903>
49. Kornis, George Edward Machado, Maia, Leila Senna e Fortuna, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 21, n. 1 [Acesso em 27 setembro de 2021], pp. 197-215. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100012>>. Epub 06 Maio 2011. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100012>