

PANORAMA HISTÓRICO DOS MODELOS DE ATENÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Historical overview of oral health care models and policies in Brazil: a
literature review

 Natália Rhoden Barp^a

 Orlando Luiz do Amaral Júnior^{a,b}

^aUnidade Central de Educação FAI, Itapiranga, SC, Brasil.

^bUniversidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Autor de correspondência: Orlando Luiz do Amaral Júnior E-mail: orlandodoamaraljr@gmail.com

Data de envio: 27/09/2023 **Data de aceite:** 29/01/2024



RESUMO

Objetivo: Descrever aos contextos históricos relacionados aos modelos de assistência e políticas de saúde bucal no Brasil, analisando seus impactos, avanços e desafios. **Revisão de literatura:** As trajetórias das políticas de saúde bucal no Brasil foram caracterizadas por iniciativas limitadas e centradas no tratamento curativo, evoluindo gradualmente para um sistema de saúde mais inclusivo e voltado para a prevenção ao longo dos anos. Historicamente, o sistema público de saúde brasileiro enfrentou desafios consideráveis para garantir o acesso universal aos serviços odontológicos. **Discussão:** Questões como a falta de acesso e uma abordagem predominantemente voltada para o controle de doenças, como demonstrado pelos modelos assistenciais Incremental e Integral, bem como problemas de infraestrutura e insuficiência de financiamento adequado, foram amplamente discutidos. Com o advento da reforma sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988, seguida pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se estabelecer um modelo de atenção à saúde com foco na prevenção, integralidade e universalidade. Posteriormente ficou estabelecida a Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, e no ano de 2023 o Projeto de Lei nº 8.131/17 que efetivamente incluiu a saúde bucal no escopo de atuação do SUS. **Conclusão:** Embora os resultados observados na primeira década do século XXI indiquem melhorias no acesso aos serviços de saúde bucal, a literatura aponta para desafios a serem enfrentados, particularmente em relação à garantia de acesso equitativo aos serviços odontológicos em todo o país. **Palavras-chave:** Saúde bucal. Financiamento da assistência à saúde. Serviços de saúde bucal. Política de saúde. História da odontologia. Modelos de assistência à saúde.

ABSTRACT

Aim: To describe the historical contexts related to oral health care models and policies in Brazil, analyzing their impacts, progress, and challenges. **Literature review:** The trajectories of oral health policies in Brazil have been characterized by limited initiatives focused on curative treatment, gradually evolving into a more inclusive health system with a preventive focus over the years. Historically, the Brazilian public health system has faced considerable challenges in ensuring universal access to dental services.

Discussion: Issues such as lack of access and a predominantly disease-focused approach, as demonstrated by the Incremental and Integral care models, as well as infrastructure problems and insufficient funding, have been widely discussed. With the advent of health reform, the 8th National Health Conference, and the promulgation of the Federal Constitution of 1988, followed by the creation of the Unified Health System (SUS), efforts were made to establish a health care model with a focus on prevention, comprehensiveness, and universality. Subsequently, the National Oral Health Policy was established in 2004, and in 2023, Bill No. 8,131/17 was enacted, effectively including oral health in the scope of SUS activities. **Conclusion:** Although the results observed in the first decade of the 21st century indicate improvements in access to oral health services, the literature points to challenges to be faced, particularly in ensuring equitable access to dental services nationwide.

Keywords: Oral health. Healthcare financing. Dental health services. Health policy. History of dentistry. Healthcare models.

INTRODUÇÃO

A trajetória histórica das políticas de saúde públicas está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento político, social e econômico da sociedade brasileira¹. Historicamente, o sistema público de saúde brasileiro enfrenta desafios para fornecer acesso aos serviços de saúde bucal, pois possuem uma trajetória marcada pela prevalência do setor privado na prestação de serviços odontológicos, predominando um acesso limitado aos serviços, de desigualdades e enfatizando o tratamento individual e curativista².

Diversos modelos assistenciais foram criados ao longo da trajetória da odontologia com intenção de contribuir para a melhora da condição de saúde bucal da população. Contudo, os modelos propostos eram excludentes e pouco integralizados³. Na década de 80, há um período de redemocratização que fomenta uma série de revoltas populares que dão origem à reforma sanitária brasileira, onde, através da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), criada em 1986, abordou-se pela primeira vez o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde de base epidemiológica, expondo as reais necessidades de toda a população⁴.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu artigo nº 196 definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado⁵. No final do ano de 2000, através da Portaria 1.444 criou-se o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e inseriu profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família⁶. Já no ano de 2004, foram estabelecidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil sorridente, que levou a saúde bucal a ser ofertada de forma integral e incluiu procedimentos mais complexos na Atenção Básica⁷.

Entretanto, ainda que com as perspectivas de universalidade, equidade e integralidade, trazidas até então, estudos revelam que o atendimento odontológico brasileiro permanece marcado pela demanda espontânea, mutiladora e curativista, sendo possível observar cenários desiguais com relação ao acesso aos serviços⁷. Segundo um estudo prévio do SB Brasil 2010 as regiões Norte e Nordeste apresentaram índices de CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) e CEO-D (dentes cariados, extraídos e obturados), na faixa etária dos 12 anos, respectivamente de 3,16 e 2,63, enquanto nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente 1,72 e 2,06⁷.

Ressalta-se que a qualidade da saúde bucal está relacionada à exclusão social, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, renda insuficiente e falta de oportunidades de trabalho, afetando a qualidade de vida das pessoas e por isso a abordagem prioritária deve considerar a amplitude, gravidade e risco de vulnerabilidade dos danos à saúde bucal, bem como o impacto das medidas implementadas para enfrentá-los⁸.

Considerando os fatores expostos, essa revisão de literatura busca aprofundar a compreensão das políticas e modelos em saúde bucal no Brasil, analisando seu impacto ao longo do tempo e fornecendo informações para o desenvolvimento de políticas mais efetivas e inclusivas nessa área⁹.

REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo adota uma abordagem de revisão de literatura tradicional, seguindo as fases de elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e apresentação dos resultados. A pesquisa bibliográfica abrangeu bases de dados, como PubMed, Scielo, bem como documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde e Legislação Federal.

A seleção de estudos, publicados nos últimos 20 anos (até 2023) em português e inglês, foi conduzida mediante o emprego de termos Decs/Mesh, como Saúde bucal, Financiamento da assistência à saúde, Serviços de saúde bucal, Política de Saúde, História da odontologia e Modelos de Assistência à Saúde. Adicionalmente, uma análise prévia, por meio de resumos, foi realizada para garantir a adequação dos artigos à proposta de pesquisa, com foco na análise das políticas e modelos de assistência à saúde bucal no contexto brasileiro.

Os critérios de inclusão foram definidos com o propósito de selecionar estudos que fossem ao encontro de forma precisa com o escopo da pesquisa. Foram priorizados trabalhos que apresentassem relevância substancial para o tema em questão, oferecendo uma análise da cronologia histórica das políticas e modelos assistenciais de saúde bucal no contexto brasileiro.

A seleção também favoreceu estudos que abordassem de maneira abrangente os panoramas políticos e sociais relacionados à saúde bucal, incluindo uma análise dos investimentos públicos nesse setor. A consideração do impacto das políticas de saúde bucal no Brasil foi um aspecto fundamental na escolha dos estudos incluídos

na revisão. Além disso, a disponibilidade do texto completo foi um critério essencial, assegurando uma análise completa e robusta dos estudos selecionados. No total, 38 artigos foram escolhidos com base nesses critérios pré-estabelecidos.

A evolução da assistência à saúde bucal no Brasil é observada através das políticas e modelos de atenção ao longo da história. Anteriormente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento odontológico público acontecia por meio do sistema de livre demanda¹⁰. Na década de 50 surgiu o Sistema Incremental, prestado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), marcando o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica¹¹.

Na década de 70 surge a Odontologia Integral, com maiores conhecimentos sobre prevenção e controle da cárie e discussões dos resultados epidemiológicos em todo o Brasil, bem como estipulou a formação da equipe odontológica por um cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal³. Contudo o presente modelo sofreu críticas, tendo em vista que apenas baseavam-se no número de atendimento e não no controle e declínio das doenças bucais¹.

Em um contexto da Reforma Sanitária, no fim dos anos 80 e início dos anos 90 surge o Programa Inversão da Atenção que contrariava as ações curativas dos modelos até então, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos, adaptando assim sua estrutura organizativa às doutrinas do Sistema Único de Saúde através dos princípios da universalidade, integralidade e equidade³. Porém este modelo não conseguiu levar em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, considerando que apenas escolas e creches foram alvos do atendimento, permanecendo um alto índice de CPOD da população¹⁰. Ainda na década de 80 o modelo de Atenção Precoce se difundiu introduzindo a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua¹².

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a Constituição de 1988, e em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde^{13, 14, 15}.

No ano de 1994 houve uma reestruturação da atenção básica, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) que buscou viabilizar, através de recursos financeiros destinados exclusivamente para ações básicas de saúde, a organização da atenção básica¹³.

No mesmo ano foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), que tinha como objetivo reorientar os serviços de atenção, deixando as práticas voltadas para a doença de lado e destinando o foco na promoção, prevenção e assistência integral da saúde¹³. Cada equipe de saúde da família era composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde¹³. Contudo, a incorporação oficial do cirurgião-dentista nas equipes de PSF aconteceu somente no ano de 2000, através da Portaria 1.444^{1, 6}.

Em 2003 o levantamento epidemiológico chamado SB Brasil (2002-2003), que tinha como objetivo descrever as condições de saúde bucal da população brasileira, relatou que 45% da população não possuía acesso regular a uma escova de dentes, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista e 20% da população brasileira já havia perdido todos os dentes¹⁶.

Com o objetivo de combater as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – através do Programa Brasil Sorridente^{11,17}. A linha de ação de maior visibilidade deste programa foi relacionada a ampliação da atenção secundária, ou seja, os Centros de especialidades Odontológicas (CEO) começaram a ser instalados em todos os estados¹⁸. Entretanto, a PNSB no Brasil busca integrar e estruturar ações para a promoção da saúde bucal, incluindo componentes essenciais como as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), que desempenham um papel crucial na expansão dos serviços para áreas de difícil acesso¹⁶. Além disso, a PNSB destaca a relevância da presença de cirurgiões-dentistas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Programas de Saúde na Escola (PSE), evidenciando o compromisso com a prevenção e promoção da saúde bucal desde a infância¹⁹.

Adicionalmente aos componentes já mencionados, a PNSB também elenca como elementos fundamentais os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que desempenham um papel crucial na garantia do acesso a próteses dentárias de qualidade, promovendo a reabilitação oral e melhorando a qualidade de vida de pacientes que necessitam desses serviços²⁰. Prevê a Odontologia Hospitalar

como uma vertente abrangente da atuação de profissionais da odontologia em ambientes hospitalares, integrando os cuidados bucais aos cuidados médicos gerais, especialmente em casos de pacientes internados, proporcionando uma abordagem multidisciplinar e abrangente à saúde²¹. Além disso, também é prevista a Atuação em Territórios e Comunidades, reconhecendo a importância de levar os serviços de saúde bucal diretamente aos territórios e comunidades, incluindo áreas de difícil acesso. Essa abordagem envolve estratégias como a presença de equipes de saúde bucal em territórios específicos, ampliando o alcance dos cuidados. Ao abordar esses diversos componentes, a PNSB busca garantir não apenas o acesso, mas também a qualidade e a integralidade dos serviços de saúde bucal no país¹⁹.

Com a implementação da PNSB, o financiamento da saúde bucal passou a ser, em parte, descentralizado para os municípios, incentivando-os a criarem equipes de saúde bucal e ampliarem a oferta de serviços¹⁸. Além disso, o Ministério da Saúde passou a incorporar procedimentos odontológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do SUS, o que possibilitou a remuneração dos serviços prestados pelas equipes de saúde bucal²².

Em 2006, o Programa Saúde da Família (PSF) deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia, denominada Estratégia Saúde da Família – ESF, de forma permanente e contínua na atenção básica. Essa alteração justifica-se justamente pelo motivo de que programa possui um tempo determinado e estratégia não²³.

No ano de 2017 foi lançado o Projeto de Lei nº 8.131/17²⁰, que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e altera a Lei nº 8.080/90 para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS, tendo sido sancionada apenas em 2023, pela Lei nº 14.572/23²⁴. Toda essa transformação ao longo dos anos contribuiu para o aperfeiçoamento da atenção à saúde bucal no Brasil e ampliação do acesso aos serviços odontológicos no SUS²⁵. No entanto, é fundamental que o financiamento continue sendo um tema de atenção e debate, para que os atendimentos cheguem a quem necessita³. Além disso, recentemente no contexto das equipes de Saúde Bucal, a PNSB introduziu inovações, permitindo carga horária diferenciada da comumente prevista (40h), como as equipes de Saúde Bucal Modalidade I, que podem optar por Modalidade I-20h ou Modalidade I-30h²⁶. Essa flexibilidade proporciona aos profissionais da saúde bucal a capacidade de adaptar suas jornadas de trabalho de

acordo com as necessidades locais, uma medida estratégica para otimizar a cobertura dos serviços. Importante ressaltar que todas as equipes de Saúde Bucal devem estar vinculadas a equipes de Saúde da Família ou de Atenção Primária, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Portaria SAPS nº 32, de 19 de maio de 2021, que atualiza a Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020, consolidando uma abordagem abrangente na promoção da saúde bucal no país²⁷.

Além dos fatores expostos, é crucial ressaltar o impacto significativo que a forma de financiamento pode exercer sobre o modelo de atenção em saúde. Antes da implementação do Previne Brasil em 2009, a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) estava vinculada ao PAB variável²⁸. No entanto, com a introdução do Previne Brasil, observou-se uma reconfiguração, sendo a saúde bucal agora incorporada ao componente das Ações Estratégicas²⁸.

Esta mudança no formato de financiamento tem implicações profundas no direcionamento dos recursos e nas estratégias adotadas pelas equipes de saúde bucal. Ao transitar do PAB variável para as Ações Estratégicas, há uma clara intenção de promover uma abordagem mais estratégica e focada em resultados. Este novo modelo não apenas influencia a alocação de recursos, mas também redefine as prioridades e metas²⁹. O pagamento por desempenho e o incentivo por ações estratégicas da APS surgem como componentes que buscam fortalecer a responsabilização de equipes e gestores, a melhoria do desempenho e a indução da implantação de estratégias para melhores resultados em saúde²⁹.

Outro ponto importante é que em julho de 2023, alteraram-se os indicadores do financiamento de Saúde Bucal na Atenção Primária, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, através da Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023³⁰, instituindo o pagamento por desempenho. Isso significa que os municípios receberão todo mês um adicional com base em resultados obtidos a partir do monitoramento de 12 indicadores, além do custeio mensal regular²⁹.

Os indicadores foram divididos em estratégicos, sendo eles²⁹:

1. Cobertura de primeira consulta odontológica programada;
2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas;

3. Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados;
4. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS em relação ao total de gestantes;
5. Proporção de pessoas beneficiadas em ação coletiva de escovação dental supervisionada em relação ao total de pessoas cadastradas na eSB;
6. Proporção de crianças beneficiárias do Bolsa Família com atendimento odontológico realizado na APS em relação ao total de crianças beneficiárias do Bolsa Família; e
7. Proporção de atendimentos individuais pela eSB em relação ao total de atendimentos odontológicos.

E em indicadores ampliados, sendo²⁹:

8. Proporção de procedimentos odontológicos individuais preventivos em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais;
9. Proporção de tratamentos restauradores atraumáticos - ART em relação ao total de tratamentos restauradores;
10. Proporção de atendimentos domiciliares realizados pela eSB em relação ao total de atendimentos odontológicos individuais;
11. Proporção de agendamentos pela eSB em até 72 horas; e
12. Satisfação da pessoa atendida pela eSB.

Esta alteração surge como incentivo para melhora da oferta de serviços, bem como reconhecer o bom desempenho das equipes de saúde bucal, uma demonstração da recorrente evolução da saúde pública bucal baseada cada vez mais nos fatores epidemiológicos²⁹.

É importante ressaltarmos que ao comparar os modelos assistenciais de saúde brasileiros com políticas de saúde de outros países e distintas realidades, é importante considerar as diferenças nos sistemas de saúde, financiamento, acesso e qualidade dos serviços³¹. Enquanto o Brasil enfatiza a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns países optam por modelos mais descentralizados, como o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, que prioriza o

acesso universal e gratuito³¹. Em contrapartida, sistemas de saúde de nações como os Estados Unidos possuem uma estrutura mais fragmentada, com forte presença do setor privado. A comparação entre esses modelos destaca a importância de considerar as características culturais, socioeconômicas e políticas específicas de cada país, bem como a relevância de identificar boas práticas e desafios, visando aprimorar continuamente os sistemas de saúde em âmbito global. Entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), todos têm alguma participação do setor privado no financiamento, mesmo que o sistema público ainda seja a forma dominante. Esse mix público-privado tem se apresentado de forma diferenciada nos sistemas de saúde e se manifestado como forma dominante³². Nos Estados Unidos, a participação do setor público é restrita aos grupos populacionais de maior risco, como idosos, crianças e pobres. No Canadá, a participação do setor privado é permitida apenas para os serviços não providos pelo seguro público³³.

DISCUSSÃO

O SUS é resultado de uma trajetória histórica marcada pela mobilização social, luta política e conquistas legais¹. Sua implementação caracterizou uma nova forma de administrar a saúde, passando de uma política centralizadora para uma descentralização de poder, levando em consideração aspectos da cultura local de cada ente federado³⁴.

É inequívoco o avanço e conquistas ao longo dos anos em se tratando de direitos e inclusão de ações de saúde bucal, superando diversos desafios e modelos antepassados⁷.

Um relatório publicado pela Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios (PNAD) no ano de 2000 constatou que 18,7% da população nunca tinha ido ao dentista, sendo que destes, 32% da área rural. Entre os brasileiros com rendimento superior a vinte salários mínimos o percentual era de 4,1%, porém entre os que não chegava a um salário mínimo a porcentagem chegou a 36,5%¹⁸. A Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, foi lançada em 2004 e desde então é possível verificar mudanças positivas no modelo, prezando a integralidade do cuidado e determinando a atenção primária como porta de entrada ao sistema de saúde⁹. O enfoque se deu na Estratégia de Saúde da Família e na inclusão de Equipes de Saúde Bucal a partir dos anos 2000¹¹.

Entre os anos de 2002 a 2010 o potencial de cobertura, com equipes de saúde bucal, aumentou de 15% para aproximadamente 45%¹⁸. Outro grande avanço foi a atenção odontológica especializada a partir do ano de 2004, com o objetivo de ampliar e qualificar a cobertura, pois apenas 3,5% dos procedimentos eram especializados no ano de 2003³⁵. Todavia a ação de maior expressão, é a fluoretação das águas de abastecimento público, para prevenção da cárie dentária através do ajuste do teor de fluoreto na água de consumo humano⁹. Essa política vem se desenvolvendo no Brasil desde o ano de 1950¹¹.

Embora as mudanças nos indicadores de financiamento para Saúde Bucal, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023, sejam de suma importância, uma vez que devem ser constantemente reavaliadas de acordo com as necessidades reais da população, é crucial reconhecer que essas mudanças devem estar associadas a melhora da qualidade e da prestação de cuidados odontológicos. Portanto, é fundamental ressaltar que, além desses indicadores, a qualidade do vínculo entre profissionais de saúde bucal e pacientes, assim como as condições de trabalho adequadas para os dentistas, também desempenham um papel crítico na garantia de um sistema eficaz e completo de assistência à saúde bucal³⁰.

Mesmo que os resultados da primeira década do século XXI indiquem melhora desse quadro, ainda há a necessidade de avanço e continuidade das ofertas, considerando diversos fatores, como ampliação do acesso e cobertura¹⁸, pois ainda existem regiões do país com carência de unidades de atendimento e profissionais de saúde bucal, foco na prevenção e promoção de uma cultura de educação em saúde bucal, principalmente em áreas com menor acesso à informação e formação de recursos humanos em saúde bucal e a fixação desses profissionais em locais estratégicos³.

Um ponto crucial para discussão é o tema do "Acesso Avançado" (Advanced Access), "Acesso Aberto" (Open Access) ou "Agendamento no Mesmo Dia" (Same Day Appointment), que ganhou notoriedade no Brasil com a expansão dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) ao longo da última década. Gestores de importantes capitais, como Curitiba (2014), Florianópolis (2014) e Rio de Janeiro, têm promovido a adoção desse modelo, resultando na reconfiguração das agendas de muitos Médicos de Família e Comunidade (MFCs) e suas equipes³⁶. Especialmente aqueles vinculados aos PRMFCs têm ajustado suas

agendas, que antes eram predominantemente orientadas para ações programáticas, para enfatizar a prontidão no atendimento à demanda espontânea³⁷.

O modelo de Acesso Avançado ou Aberto (Advanced/Open Access) tem sido promovido por gestores e reconhecido pela comunidade de medicina de família e comunidade brasileira como um modelo de gestão clínica eficiente na Equipe de Saúde da Família³⁶. Apesar de contribuir para mudanças necessárias em agendas tradicionalmente focadas em ações programáticas, é importante destacar seu forte viés gerencialista. Ao desconsiderar premissas fundamentais, sua implementação pode acarretar em desafios, como o sofrimento profissional e sua alienação em relação ao território e ao cuidado integral em saúde, além de reforçar o modelo biomédico e a medicalização social³⁷.

No âmbito do modelo de Acesso Avançado, é imperativo considerar os potenciais desafios associados à sua implementação. A ênfase na gestão eficiente do tempo e na resolução imediata das demandas dos pacientes podem inadvertidamente negligenciar aspectos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como a promoção da integralidade e o estabelecimento de vínculos terapêuticos sólidos³⁸. A abordagem gerencialista pode conduzir a uma visão fragmentada da saúde, concentrada na solução rápida de problemas, em detrimento de uma compreensão mais holística e preventiva³⁸. Portanto, é fundamental adotar uma abordagem equilibrada ao implementar o modelo de Acesso Avançado, considerando não apenas os benefícios em eficiência, mas também os possíveis impactos na qualidade da atenção oferecida. Essa reflexão crítica é essencial para evitar que a adoção do modelo gere efeitos adversos, assegurando que a Atenção Primária à Saúde continue a promover o cuidado integral e centrado no paciente³⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo reflete as políticas públicas de saúde bucal no Brasil, caracterizadas por cada momento histórico, bem como pelas ideologias políticas e econômicas de cada época.

A saúde bucal no Brasil marcou uma prática voltada para o lucro, de acesso desigual e mutiladora por longos anos, só vindo a ser consolidada através de anseios e buscas sociais por direitos e melhores condições.

Deste modo foi possível traçar sua ascensão, que tomou lugar de importância nas ações e no compromisso do Estado em garantir condições e acesso à população.

Além disso o monitoramento das desigualdades de saúde é uma importante tarefa da saúde pública, identificada no campo da “vigilância em saúde”. Auxiliando no desenvolvimento de estudos, aprimoramento das políticas de saúde bucal e diminuição das iniquidades em saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Silvestre JAC, Aguiar ASW, Teixeira EH. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. Cadernos ESP [Internet]. 30 Set 2019 [acesso 2023 ago 16];7(2):28-39. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/82>.
2. Rabello RED, Monteiro ÂX, Lemos SM, Teixeira E, Honorato EJS. Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. Revista de APS [Internet]. 2022 Abr [acesso 2023 ago 16];24(Supl.1):219-35. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34937/24353>.
3. Nickel DA, Lima FG, Silva BB da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. Fev. 2008 [acesso 2023 ago 16];24(2):241–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>.
4. Giuseppe Roncalli A. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [acesso 2023 ago 16];11(1):105-114. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011118>.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2024 Fev 01]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n. 250, p.85, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal:

- resultados principais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2021 jul 14]. 116 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
8. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study [Internet]. Health Policy 2008 [cited 2023 Ago 16];86(1):119-28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.10.001>.
 9. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010 Apr [acesso 2023 ago 16];44(2):360–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>.
 10. Ganem DO. A evolução das políticas públicas e dos modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil a partir do século XX [monografia] [Internet]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal De Minas Gerais; 2013 [acesso 2023 ago 16]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4214.pdf>.
 11. Ely HC, Carvalho DQ, Santos M. Políticas de saúde bucal [Internet]. 2006 [acesso 2024 mar 02]:5. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf>.
 12. Martins R. Especialização em saúde da família: modelos assistenciais em saúde bucal [monografia] [Internet]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal De Minas Gerais; 2011 [acesso 2024 mar 03]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2811.pdf>.
 13. Souza, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: seminário internacional – tendências e desafios dos sistemas de saúde nas américas [Internet]. Ago. 2002; São Paulo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003 [acesso 2024 mar 03]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-1277>.
 14. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 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 [Internet]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
 15. Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. 1990. [acesso 2023 ago 16]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

16. Spezzi, R; Carneiro, E.M., Trindade, L.L Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. Rev. Bras. Odontol 2015;72(1-2): 109-113.
17. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF; 2004.
18. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. TEMPUS [Internet]. 2011 dez. [acesso 2023 set 19];5(3): 21-34. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039/948>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica: a saúde bucal no Sistema Único de Saúde: resultados principais [Internet]. Brasília, DF; 2018 [acesso 2021 jul 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
20. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 8.131/2017, de 2017. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS [Internet]. 2017. [acesso 2022 set 15]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=832C287F31E27AEE2855BC5DC3324826.proposicoesWebExterno1?codteor=1591269&filename=Avulso+-PL+8131/2017.
21. Amaral Júnior OL, Scherer MM, Borges PZ, Stolz ADSB. A atuação da odontologia hospitalar em uma unidade cardiovascular intensiva. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão [Internet]. 2020 [acesso 2024 mar 19];17(36):33-40. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2020v17n36p33>.
22. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº. 1032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção 1, p. 50.
23. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 Aug [acesso 2024 mar 19];43(4):595-603. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>.
24. Brasil. Lei n.º 14.572, de 08 de maio de 2023. [Internet]. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

- [acesso 2024 mar 02]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm.
25. Chaves SCL, Frazão P, Barros SG, Cruz DN, Rossi TRA, Almeida AMFL. Análise de políticas de saúde bucal no Brasil: estado da arte e possíveis contribuições teórico-metodológicas. In: Teixeira CF, editor. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 267-303. ISBN 978-85-232-2021-1. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0009>.
26. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da estratégia saúde da família: Changes in the primary care policy and the (un)sustainability of the family health strategy. Saúde debate [Internet]. 2023 abr - jun [cited 2023 Sep 22];47(137):13-30. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTxbZ93vfbZdKCcyKBGfcGS/?format=pdf&lang=pt>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 32, de 19 de maio de 2021. [Internet]. [acesso 2023 nov 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0032_20_05_2021.html.
28. Massuda, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 Mar [acesso 2024 mar 6];25(4):1181-1188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011b. Seção 1, p. 112.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 960, de 17 de julho de 2023a. [acesso 2023 Ago 9]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 135, 18 jul. 2023. Seção 1, p. 237. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-960-de-17-de-julho-de-2023-497041256>.
31. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso 2023 out 15]. 512 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
32. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciênc

- saúde coletiva [Internet]. 2008 Sep [acesso 2024 mar 19];13(5):1431-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.
33. Zucchi P, Del Nero C, Malik AMA. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Soc* [Internet]. 2000 [acesso 2024 mar 19]; 9(1-2):127-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902000000100010&lng=en&nrm=iso»http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902000000100010&lng=en&nrm=iso.
34. Chaves SCL. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática [Internet]. Salvador: Edufba; 2016. 369 p. [acesso 2024 mar 6]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/5smtc/pdf/chaves-9788523220297.pdf>.
35. Chaves SCL, Frazão P, Barros SG, Cruz DN, Rossi TRA, Almeida AMFL. Análise de políticas de saúde bucal no Brasil: estado da arte e possíveis contribuições teórico-metodológicas. In: Teixeira CF, editor. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações* [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 267-303. [acesso 2024 mar 19] ISBN 978-85-232-2021-1. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0009>.
36. Stelet BP, Modesto AAD, Oliveira Neto A de, Aragão CM de, Reigada CL de L. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o modelo de acesso avançado/aberto na atenção primária à saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2022 [acesso 2024 mar 19];20:e00588191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>.
37. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em medicina de família e comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021 jun [acesso 2024 mar 19];26(6):2119–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.47052020>.
38. Soares LS, Junqueira MA de B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Rev bras educ med* [Internet]. 2022 [acesso 2024 mar 19];46(1):e031. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>.