



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**Yasmin Barros dos Santos**

**OS “TROPEÇOS” DO DIREITO À SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DESAFIOS  
ALÉM DA BOCA**

**Rio de Janeiro  
2022**

**Yasmin Barros dos Santos**

**OS “TROPEÇOS” DO DIREITO À DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DESAFIOS ALÉM  
DA BOCA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
– Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz)  
como requisito parcial para aprovação no  
Curso Técnicoem Gerência em Saúde.**

**Orientador(a):** Carla Cabral Gomes Carneiro

**Rio de Janeiro**

**2022**

*Dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta  
pesquisa possa ajudar.*

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de todos, agradeço a Deus pela sua presença durante toda a minha caminhada. A Nossa Senhora, que intercede por mim. Ao meu anjo da guarda, que me guia, me ilumina e me protege. Aos meus avós, Manoel de Barros e Edithe Maria Barros (in memoriam), por suas conquistas mesmo diante de todas as adversidades impostas pela vida, por serem a base de todos os valores que hoje eu reúno e carrego comigo como exemplos de vida e sabedoria.

Aos meus pais, Ednilson e Penha, pelo amor infinito, por serem meus maiores incentivadores em tudo aquilo que eu faço. Não há agradecimento que possa representar um décimo do que significam para mim. Obrigada por todo apoio, em especial nos momentos nos quais meus conhecimentos sobre a vida foram limitados.

A minha irmã Isabella, pelo companheirismo de toda a vida, por me incentivar e inspirar o novo que compartilhamos com muito amor e respeito.

A meu tio Adriano de Barros, sempre solícito em minhas necessidades.

A minha querida orientadora, Carla Cabral, que me inspira. Por ter, pacientemente, possibilitado um conhecimento tão amplo e discussões imprescindíveis para realização desse trabalho. Por toda ajuda e disponibilidade, por sua parceria.

Aos amigos que a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Fiocruz me presenteou, Luísa Cruzeiro, Bruna Neves, Tiago Lopes, Fernanda Salles e Samuel Rodrigues, por todo companheirismo durante os quatro anos de estudo.

A minha instituição do coração, EPSJV– Fiocruz, que me proporcionou uma educação de excelência e a oportunidade de iniciação científica em um Brasil que não possibilita o mesmo para todos.

*“Eu tô sem segurança  
Sem transporte, sem trabalho, sem lazer  
Eu não tenho educação, mas saúde eu quero ter  
Já paguei minha promessa, não sei o que fazer  
Já paguei os meus impostos, não sei pra quê  
Eles sempre dão a mesma desculpa esfarrapada  
A saúde pública está sem verba  
E eu não tenho condições de correr para a privada.”  
(Gabriel,o Pensador)*

## **RESUMO**

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades socioeconômicas expressas na exclusão de parcela significativa da população de direitos básicos, entre eles, o direito à saúde. Neste trabalho, será tratado a construção do direito universal à saúde bucal no país, entendendo que, apesar da implementação do “Brasil Sorridente”, ainda há marcantes desigualdades de acesso aos serviços odontológicos entre a população brasileira. Pensar sobre isso é fundamental, pois ainda há pessoas com vergonha de sorrir ou até mesmo com dificuldades de conseguir emprego por não terem todos os dentes da boca. Assim, essa pesquisa pretendeu estudar os desafios para a implementação do direito universal à saúde bucal no Brasil, no período que se estendeu da Primeira República à implantação do Brasil Sorridente, buscando compreender a sua relação com movimentos mais amplos da vida política, econômica e social no país. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, a partir de uma revisão bibliográfica de artigos, teses e dissertações, que ajudou a compreender as contradições existentes na história da Odontologia brasileira durante o período estudado. Viu-se que o percurso de disputa pelo direito à saúde foi marcado, sobretudo, por um processo de elitização da profissão, pela fragmentação da assistência à saúde bucal e disputa de modelos de prática odontológicas.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal Coletiva, Odontologia, Política de saúde bucal, Direito à saúde.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
ECEO	Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia
ENATESPO	Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INSS	Instituto Nacional da Previdência Social
LPDR	Laboratórios de Próteses Dentárias
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MES	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
MPS	Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Procedimentos Coletivos
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental
PSB	Política Brasil Sorridente
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. OBJETIVOS .....	16
2.1. OBJETIVO GERAL:.....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	16
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	17
4. DESENVOLVIMENTO.....	19
4.1. A CONSTRUÇÃO DA DUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ENTRE À ODONTOLOGIA DE MERCADO E A ODONTOLOGIA SANITÁRIA (1889 – 1974).....	19
4.2. DOS ANOS DE CHUMBO A PRÉ CONSTITUINTE: A TECNIFICAÇÃO DA PRÁTICA, A BUSCA POR NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO E O MOVIMENTO DE DEMOCRATIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA .....	29
4.3. DA CONSTITUINTE A IMPLEMENTAÇÃO DO BRASIL SORRIDENTE: NOVOS RUMOS, VELHOS DESAFIOS .....	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53

## 1. INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o Brasil foi conhecido como o “país dos banguelas” (NARVAI, 2008). Este “título” denuncia, por um lado, a dificuldade de acesso aos cuidados odontológicos e, por outro, a existência e permanência de doenças bucais entre a população brasileira. Porém, esse quadro não é igual para todos. O país possui um extenso território, marcado por profundas desigualdades econômicas e sociais entre suas regiões, estados e municípios, que se refletem na exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos básicos, entre eles, o direito à saúde (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017).

Em relação à saúde bucal, parte expressiva da população ainda se encontra descoberta dos serviços odontológicos, apesar do Brasil apresentar um número proporcional de habitantes por cirurgião dentista (638 habitantes/dentista), maior do que o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1.500hab./dentista) e pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) (2.000hab/dentista) (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017). Isso decorre de muitos fatores, entre os quais o modelo de saúde fragmentado, composto por um mosaico público e privado de oferta de serviços de atenção odontológica.

Durante anos a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde no Brasil. Desde os tempos coloniais (1500-1822), a oferta das ações e dos serviços relativos à saúde bucal gerava um quadro de intensa exclusão e quase não obtinha impacto no que diz respeito ao enfrentamento aos altos índices epidemiológicos de doenças bucais. Apesar da existência de experiências pontuais de serviços odontológicos ofertados pelo Estado brasileiro, foi no final da década de 1980 que o debate em torno da universalização do acesso se ampliou.

A promulgação da Constituição de 1988 marca um movimento de revisão do papel do Estado na adoção de políticas públicas no país que, no setor saúde, foi impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A partir de então a saúde ganhou rumos diferentes que foram expressos nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas leis orgânicas da saúde nº 8080/1990<sup>1</sup> e 8.142/1990<sup>2</sup>. Com isso, buscou-se criar

---

<sup>1</sup> A Lei nº 8080 de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Trata, portanto, não apenas da atenção à doença, comotambém da garantia de boas condições de vida à população.

<sup>2</sup> A Lei nº 8.142 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

um modelo mais amplo de saúde, que conseguisse desenvolver integralmente ações de promoção, prevenção e reabilitação de forma universal (PUCCA JR, 2006).

Nesse momento, de acordo com Gilberto Pucca<sup>3</sup>, a assistência odontológica pública brasileira estava sendo prioritariamente desenvolvida para crianças e incluía a oferta de procedimentos simples. Evidenciava-se a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, levando em consideração o quadro epidemiológico lastimável da época, no qual 30 milhões de brasileiros estavam edêntulos e 28 milhões nunca tinham ido ao dentista (PUCCA JR.,2006).

Apesar desse movimento de institucionalização do direito à saúde iniciado na década de 1990, apenas em 2004, o governo federal apresentou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

- Programa Brasil Sorridente (PBS) - que, desde o início da reforma sanitária, foi pauta de reivindicação de diversos setores da sociedade, sendo eles vinculados aos movimentos sociais da saúde pública, profissionais da saúde e entidades avançadas. A implementação dessa política tornou notória a relevância da democratização do acesso as ações e serviços odontológicos e pretendeu implementar um modelo de atenção à saúde bucal baseado em linhas de cuidado, em sintonia com o universo dos usuários. Este modelo tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade<sup>4</sup> e, por seu potencial de resolutividade, “possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundara humanização das práticas” (PUCCA JR., 2006, p. 243).

No entanto, o desenvolvimento da PNSB foi acompanhado pelo crescimento do setor privado, em especial, de planos e seguros de saúde (GOMES; RAMOS, 2015) e pela ênfase das práticas profissionais no modelo biomédico, que vai contra a corrente da integralidade. Segundo Bortoli, Kovaleski e Moretti-Pires (2019), o modelo biomédico desvaloriza a abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo de saúde-doença, além de induzir o consumo abusivo de procedimentos profissionalizados e diagnósticos, por vezes

---

providências. Instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de controle social.

<sup>3</sup> Coordenador Nacional de Saúde Bucal da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (2003-2015).

<sup>4</sup> A intersetorialidade pode ser definida como a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que contribuem nas decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos que melhoram a eficiência da gestão política e dos serviços prestados. (JUNQUEIRA, 2000; INOJOSA, 2001; NASCIMENTO, 2010).

desnecessários e danosos aos usuários. Sob essa ótica, percebe-se indivíduos sendo privados de um acompanhamento profissional eficaz, condizentes com suas reais necessidades de saúde bucal que os possibilite uma melhor qualidade de vida para experienciar o cotidiano de vida, trabalho e lazer. (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019).

A Odontologia comprometida com o mercado vê a saúde não apenas como um estado de completo bem-estar físico e social, mas como um produto a ser comercializado por empresas e profissionais que compreendem as problemáticas que circundam o cenário estabelecido e apagam a importância de um cuidado necessário e integral que busca ser construído a partir da visão de uma saúde bucal coletiva.

Inúmeros fatores contribuem para tal situação, ressaltando-se a hipervalorização da estética que, com o advento do mundo contemporâneo, “abre alas” para práticas biomédicas, ofertando um padrão de rosto alinhado e simétrico. Muitos profissionais têm feito desses resultados “perfeitos”, um incentivo a procedimentos supérfluos e prejudiciais aos usuários, usando-os a favor de seus interesses individuais. A busca pelo acúmulo de capital antecede as práticas humanas e necessárias para preservar e tratar a saúde bucal da população vem crescendo, e apagando o compromisso da odontologia: a promoção do bem-estar coletivo e individual (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019).

Lidamos, portanto, com uma contradição na qual coexistem uma política criada para proteger e produzir saúde integral para todos, e outra perspectiva, da Odontologia de mercado, que tem promovido mais a desigualdade e exclusão de grupos em situação de vulnerabilidade social e a adesão acrítica dos profissionais a uma lógica comercial do seu trabalho. Segundo Gabriel (2016) a ampliação da cobertura da atenção odontológica por meio das políticas públicas foi acompanhada pela permanência da lógica privada e autônoma de atuação que explica, em parte, a grande concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, onde o capitalismo é mais bem estabelecido (GABRIEL, 2016).

No contexto apresentado, apesar dos avanços decorrentes da implementação da PNSB, cabe a compreensão de que ainda existem muitos desafios para concretizá-la. Neste sentido, duas perguntas nos mobilizam em especial: Por que o Brasil, com maior número absoluto de dentistas no mundo (TESSER, et. al, 2015) ainda possui tratamento odontológico integral inacessível para a sua população? Em que momento a odontologia tornou-se sinônimo de um serviço restrito e fragmentado no país?

Essas perguntas nos levaram a pensar em três dimensões que nos ajudaram a compreender para vislumbrar a superação de alguns dos desafios postos para a garantia do direito universal à saúde bucal integral. A primeira dimensão relacionada à ênfase das práticas profissionais no modelo biomédico e à sua relação com o processo de medicalização da vida; a segunda é relativa aos fatores que mobilizam a concentração dos dentistas nos grandes centros urbanos, nas clínicas privadas e seu distanciamento daqueles que mais precisam da atenção integral em saúde bucal; e a terceira diz respeito a relação entre as desigualdades sociais e o acesso da população aos serviços de saúde bucal, destacando o papel do Estado na garantia do direito à saúde.

Essas três dimensões nos ajudaram a compreender os desafios enfrentados para a consolidação do direito à saúde bucal no país antes e durante o processo de implementação da PNSB. Percebemos a necessidade de reflexão intensa para sustentar a garantia de um acesso universal, integral e de qualidade para toda a população brasileira.

A motivação para o desenvolvimento desse estudo foi primeiramente relacionada a vontade de construir uma análise na qual me aproxime da odontologia de forma humanizada, especialmente por ser o curso que me chama atenção, sendo uma possível opção de escolha para o ensino superior. Além disso, estudar sobre como foram construídas as relações acerca do acesso e do trato com a boca, as quais são estabelecidas até os dias de hoje, me aproxima de pautas, por vezes, relevantes sob o meu ponto de vista e que não obtém a ênfase necessária em nosso cotidiano.

A escolha desse tema também foi pensada devido a compreensão acerca do contraste que circunda a vida social no Brasil, as relações de poder existentes e as suas expressões na Odontologia. O acesso a saúde bucal faz-se intensamente presente para as esferas sociais mais altas, enquanto lidamos com indivíduos sendo privados de uma condição digna, que não usufruem e não são instruídos acerca de medidas preventivas, resultando em problemas ainda maiores para a sua vida.

Ao ler a reportagem “Nada paga um sorriso” realizada pela Radis (ENSP/Fiocruz) (STEVANIM, 2017) e acessar os trabalhos desenvolvidos pela Organização não Governamental “Por 1 sorriso”<sup>5</sup>, percebe-se claramente que os serviços de saúde bucal ainda não chegaram a

---

<sup>5</sup> A ONG “Por 1 sorriso” tem como objetivo principal propagar a saúde e através da odontologia e medicina humanizadas, em regiões de vulnerabilidade social, atuando principalmente em comunidades com extrema

todas as pessoas do país e não acompanham as necessidades de uma parcela da sociedade. Esse material mostra que no cuidado à saúde bucal não devemos olhar apenas para a boca, mas sim para o lugar no qual os sujeitos estão inseridos.

Assim, cuidar da saúde bucal é resgatar a dignidade do cidadão. Pensar sobre isso é fundamental, entendendo que não é raro encontrarmos indivíduos que tem vergonha de sorrir ou que até mesmo perdem oportunidades de emprego por não terem todos os dentes da boca. Ressalta-se a necessidade de fazer o possível para garantir melhores condições de vida e de saúde que evitemo adoecimento e sofrimento relacionados à saúde bucal, ampliar o acesso aos serviços e ações odontológicas para todos e melhorar a qualidade do cuidado no atendimento odontológico.

O desafio para que isso aconteça é grande, exatamente por ser uma área que foi negligenciada por tanto tempo e se desenvolveu de forma “elitizada”. É para mudar essa realidade que o Brasil Sorridente foi criado (PUCCA JR., 2006). O direito à saúde depende e é indispensável para o exercício de outros direitos humanos; por isso, todo ser humano deve ter direito ao gozo do mais alto nível de saúde possível, levando-o a ter uma vida digna. Não podemos esquecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A “invisibilidade social”<sup>6</sup> é um desafio na organização do sistema de saúde bucal, entrave para a universalização do acesso equitativo e para a construção do SUS como política de inclusão social (FONSECA; FONSECA; MENEZES, 2017).

---

necessidade de acesso, como populações ribeirinhas e indígenas, quilombolas, moradores do sertão nordestino, povoados, no continente africano e comunidades urbanas.

<sup>6</sup> O conceito de Invisibilidade Social tem sido aplicado, em geral, quando se refere a seres socialmente invisíveis, seja pela indiferença, seja pelo preconceito, o que nos leva a compreender que tal fenômeno atinge tão somente aqueles que estão à margem da sociedade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1.OBJETIVO GERAL:**

Estudar os desafios existentes para a implementação do direito universal à saúde bucal no Brasil, buscando compreender os conflitos existentes entre as perspectivas da “saúde bucal coletiva” e da odontologia de mercado que caracterizam a política de saúde bucal no país.

### **2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Historicizar o papel do Estado brasileiro na garantia do direito à saúde bucal no Brasil.
- b) Entender a problemática do modelo biomédico como um dos fatores que interferem na produção de saúde de forma integral;
- c) Compreender a construção e desenvolvimento da lógica mercantil de inserção e atuação dos profissionais da Odontologia no Brasil.

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Reconhecendo a necessidade de um olhar voltado para a realidade social de forma crítica e objetiva, a fim de construir em bases sólidas, respostas e diferentes percepções para as questões abordadas, o projeto foi construído a partir de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Estas foram essenciais para que os objetivos fossem cumpridos, já que o método qualitativo se baseia na interpretação do fenômeno escolhido e em seus significados para o estudo, e a pesquisa exploratória permite a elaboração de hipóteses ou que tornem os questionamentos mais claros (GIL, 1991)

O método dialético foi utilizado como a base da nossa investigação por este destacar a relevância da historicidade dos processos sociais, a necessidade de uma compreensão mais completa do fenômeno a ser estudado, além de prezar pela ênfase nas contradições existentes na construção da realidade (GIL, 1991). Portanto, a historicidade, totalidade e contradição foram categorias metodológicas relevantes para a composição desse estudo, que procura compreender os caminhos percorridos na construção do direito à saúde bucal que conhecemos hoje.

Para atingir os objetivos propostos foi realizada uma revisão bibliográfica, que permitiu um aprofundamento acerca do objeto de estudo proposto. O levantamento de textos primeiro se deu na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scielo e foram utilizadas as seguintes palavras-chaves isoladamente e combinadas: saúde bucal, Odontologia, mercado de trabalho, política pública e direito à saúde. Foram inicialmente considerados artigos científicos publicados em revistas do campo da Saúde Coletiva, teses e dissertações nos últimos 20 anos. Os textos selecionados e lidos possibilitaram o encontro com outras produções que tangenciavam a temática da política de saúde bucal no país, a partir das citações utilizadas pelos autores. Também foram priorizados produções de autores referidos na construção deste estudo, como Botazzo, Pucca Jr., Narvai, cujos trabalhos relacionam-se são reconhecidamente importantes no campo da Saúde Bucal Coletiva.

Prezamos por enfatizar as particularidades de cada autor, pretendendo reunir referências diversas com o fito de apreender a totalidade das dimensões do objeto de estudo. Com isso, uma visão dinâmica sobre como os determinantes sociais têm relação direta com o processo de saúde-doença na sociedade brasileira foram possibilitados, além da compreensão acerca das peculiaridades do mercado de trabalho no qual os profissionais da área odontológica estão

inseridos, juntamente com as consequências desses movimentos para a produção de saúde bucal em todos os contextos.

A análise das informações coletadas foi executada primeiramente por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura coletiva e por fim, após a organização das ideias, o registro das informações extraídas e a redação do texto (GIL, 1991), divididas em capítulos específicos.

## **4. DESENVOLVIMENTO**

### **4.1.A CONSTRUÇÃO DA DUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ENTRE À ODONTOLOGIA DE MERCADO E A ODONTOLOGIA SANITÁRIA (1889 – 1974)**

Nos anos iniciais do século XX, o Brasil era um país de ordem republicana que saía da economia escravista, e tinha como desafio “integrar na cidadania um imenso contingente populacional sem acesso aos meios produtivos e abandonado pelo Estado” (PONTE, 2010, p. 75). O atraso do desenvolvimento do país foi relacionado a existência desses despossuídos e desqualificados e, assim, as ações estatais deveriam cumprir o papel de aprimorar a população brasileira, tendo como eixo o “melhoramento” da raça e das condições de vida dos brasileiros, garantindo, desta forma, o progresso nacional (Op. Cit.).

A esta época, no âmbito da saúde, muitos sanitaristas realizaram expedições pelos Sertões brasileiro, colocando em evidência as difíceis condições de vida das populações rurais. Essa “descoberta”, feita pelo chamado movimento pelo saneamento, acrescentou questões relativas à educação e à saúde como centrais para explicar o nosso atraso enquanto nação e mostrou os “prejuízos causados pelas endemias rurais à produtividade do trabalho e do descaso do Estado com as populações do interior” (Op. Cit. 85).

No contexto de defesa do nacionalismo, em pleno período de Primeira Guerra Mundial, o movimento dos sanitaristas reivindicava que o “Estado brasileiro aumentasse seu poder de intervenção no campo da saúde pública” (Op. Cit., p. 82). Organizados na Liga Pró-saneamento, criada em 1918, pediam ações de saúde centralizadas e coordenadas pelo poder nacional, para combater às epidemias e endemias que existiam no país. Nesse sentido, foi criado, em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dentro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (PONTE, 2010).

O modelo campanhista ou também chamado de sanitarismo foi o que prevaleceu na organização das ações de combate às epidemias e endemias. Seu objetivo era a eliminação de uma enfermidade específica por meio de campanhas organizadas “segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares. A ideia central era combater um “inimigo”, que causava a epidemia ou a

endemia, de determinado lugar e depois isolar a área. Várias instituições internacionais adotaram esse mesmo modelo de intervenção e, até hoje, ele pode ser visto no combate a diversas doenças no Brasil, como nas ações de vacinação contra a poliomielite (PONTE, 2010).

A partir da segunda década do século XX, trabalhadores urbanos começavam a reivindicar cuidados relacionados às doenças crônico-degenerativas que até então não ocupavam a agenda de discussão do Estado. Durante muitos anos, o atendimento individual ficou sob a responsabilidade da iniciativa privada, religiosa ou filantrópica, irmandades e por serviços autônomos, ofertados por profissionais “liberais” (PONTE, 2010a). De acordo com PONTE (2010a, p117),

o que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária. A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante um longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores.

Apenas em 1923, a assistência à saúde constituiu a primeira forma organizada de sistema previdenciário, por meio da Lei Eloy Chaves, pioneira da questão da seguridade social no país. Foram implementadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), que garantiu a assistência médica aos trabalhadores regulamentados, mesmo disponibilizando de procedimentos pouco vastos e ainda restritos (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009)

A manutenção da república no Brasil trouxe intensas transformações na vida nacional ao longo dos anos, mas que aconteceram principalmente a partir da “Revolução” de 1930, iniciada a Era Vargas (1930 -1945) (PONTE, 2010a). A esta época, cabe compreender as nuances não apenas do sistema em vigor no Brasil, mas sim das condições econômicas, políticas e sociais mundiais que culminarão em mudanças significativas na estrutura de saúde no país.

Sob o viés econômico, o cenário era moldado pelo apogeu da grande crise mundial de 1929, ocasionada principalmente pelas supersafras e quebra da bolsa de valores de Nova York, resultando em mudanças político-econômicas em escala mundial e em todo território brasileiro. Essas transformações resultaram em grande insatisfação social ao afetar o setor cafeeiro – célebre personagem na história da economia brasileira. Os cuidados estatais com a saúde pública foram justamente enfatizados durante esse período, uma vez que, com tais problemas econômicos, o Estado chama para si a responsabilidade pela atenuação das adversidades que

estagnavam o desenvolvimento do setor agroexportador, como as doenças transmissíveis de caráter endêmico. Paralelo a isso, o crescimento urbano acontecia e o desenvolvimento do operariado tornava-se cada vez maior, sendo potencializado e, gradualmente, consolidado (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com a ascensão de Getúlio Vargas à presidência da República em 1930, observou-se um intenso processo de centralização administrativa e o surgimento de novos rumos para diversos setores da sociedade, sobretudo o da saúde brasileira. A gestão do “pai dos pobres” na presidência, foi marcada pela divisão de três diferentes períodos históricos, caracterizados por suas especificidades, que revelarão as principais políticas sociais e econômicas implementadas e sua relação com a saúde bucal brasileira. Esses períodos são divididos em: governo provisório (1930- 1934), governo constitucional (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945). (PONTE, 2010a, p. 130).

O projeto de construção nacional de Vargas tinha como objetivo a integração e valorização do trabalho e do operariado urbano no país com vistas ao processo de industrialização. O crescimento desses grupos nos grandes centros urbanos reformulou as demandas sociais nesse período – levantando, por exemplo, a questão da seguridade social- que colocou novos desafios para o Estado brasileiro. A atenção à saúde individual passou a ser pauta dos sindicatos e entrou na agenda de negociações entre empregados e empregadores, gerando “arranjos que paulatinamente se configuraram como uma nova vertente da assistência médica no Brasil, dessa vez associada ao complexo previdenciário que começava a se constituir” (PONTE, 2010, p. 117)

De acordo com Scorel e Teixeira (2008), o conceito de cidadania regulada fez-se intensamente presente nas políticas instituídas por Vargas na sociedade durante essa fase, visto que essa concepção é definida como “modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal”. Nesta perspectiva, os trabalhadores informais, rurais e domésticos não eram legitimados como parte da sociedade, vistos como “pré-cidadãos”, e, portanto, também não usufruíam integralmente de direitos básicos, como o acesso aos serviços odontológicos essenciais.(SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Foi a partir da estruturação sindical getulista que o Estado brasileiro passou a implantar

políticas sociais e demarcar duas bases distintas que trilharão caminhos demasiadamente distintos até a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): a medicina previdenciária e a saúde pública.

A medicina previdenciária, filiada à iniciativa privada, era inicialmente propagada por ações de cunho filantrópico ou religioso, ou até mesmo pela “compra direta dos serviços ofertados pelos diversos profissionais presentes no mercado de cura” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Com a promulgação da Lei Eloy Chaves, esse tipo de assistência passou a configurar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), transformados posteriormente em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1933, que ligavam as empresas aos trabalhadores. Apesar desses sistemas estarem voltados principalmente para os benefícios e pensões, a assistência médica também era garantida, mas era voltada para o aspecto individual e acolhia apenas aos trabalhadores que ocupavam cargos em empresas formais, organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Por outro lado, a saúde pública também ganhava rumo durante esse período, partindo como uma das responsabilidades do Estado, através de ações de combate, prevenção e proteção contra doenças infectocontagiosas. De acordo com a obra literária “Na corda bamba de sombrinha”, torna-se explícita a relação entre o combate as doenças transmissíveis e o vínculo dessas ações não apenas como básicas atuações do poder público, mas sim aos processos de formação da nacionalidade e construção do Estado nacional, bem como o interesse político de Vargas ao fomentar os processos de industrialização e desenvolvimento do país (PONTE, 2010a).

No âmbito da atenção à saúde bucal, os anos referentes à Primeira República são marcados pelo debate sobre o exercício e autonomia das profissões liberais e sobre o funcionamento do ensino superior. Nesta época de intensas transformações, fazer o ensino superior tornou-se ambição de muita gente e, ao mesmo tempo, a prática de quem não possuísse títulos acadêmicos passou a ser regulada pelo Estado, entre elas a prática da Odontologia, mesmo não havendo consenso em torno do tema (CARVALHO, 2003). Para a autora,

era dever do Estado estabelecer restrições que porventura o exigissem a segurança, a ordem e a saúde públicas. O próprio governo pôs fim à “liberdade profissional”, com a decretação, em 1915, de nova reforma educacional sobre a qual se assentou a

necessidade de exigência do diploma ou de exame a todos, indistintamente (CARVALHO, 2003, p. 116).

Nesse contexto, foram postuladas novas e mais rígidas diretrizes para o exercício da odontologia no país, reformulando tanto a parte técnica, quanto administrativa do ensino superior no Brasil, e contribuindo para a formação da identidade profissional do cirurgião dentista. Dessa forma, os barbeiros e sangradores – primeiros praticantes da arte dentária no século XIX – assumem outras funções com o início dos anos 1900, “abrindo alas” para consolidação da distinção entre a figura médica e do dentista. (NARVAI, 2006).

Em relação à formação profissional, havia as escolas oficiais (administradas pela União e reconhecidas em todo território nacional); as escolas estaduais e as escolas livres (administradas pela iniciativa privada). O diploma obtido nessas duas últimas, dependia das regras de cada Estado. Durante as duas primeiras décadas de 1900, houve uma grande movimentação do governo federal para controlar o ensino superior, até que na década de 1930, os diplomas das escolas livres e estaduais passaram a não ser mais reconhecidos nacionalmente, gerando um grande impacto na Odontologia (NARVAI, 2006).

Uma das primeiras medidas do governo provisório de Vargas foi criar o Ministério da Educação e Saúde Pública, que ficou responsável pelas ações de formação e exercício das profissões da saúde, incluindo a Odontologia, e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Apenas em 1934, quando Getúlio retornou ao poder por meio de eleição direta, o Ministério da Educação e Saúde Pública passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde (MÊS). A estrutura administrativa da saúde pública brasileira durante esse momento permaneceu quase que inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, demarcando durante esse momento a separação entre a saúde pública e a assistência médica previdenciária.

Também durante o governo provisório, o surgimento de duas medidas tomadas pelo Estado configurou um novo trajeto para odontologia: o Decreto 19.852/1931, que estabeleceu a organização da Universidade do Rio de Janeiro, declarando o funcionamento dos cursos superiores já existentes, incluindo o curso de odontologia; e o Decreto 19.851/1931, que definiu a nova organização técnica e administrativa do ensino superior, postulando normas e diretrizes e criando o Estatuto das Universidades Brasileiras – levantando a partir dele a obrigatoriedade do diploma em escolas oficiais para a realização das práticas odontológicas no Brasil. Muitas escolas livres e estaduais foram fechadas (CARVALHO, 2003).

Entretanto, é válido pensar nas motivações por trás dessas medidas e suas relações com os interesses atrelados aos órgãos governamentais. Um impulsionador para essa implementação seria reflexo da política populista estabelecida por Vargas, que se propôs a atenuar as mazelas sociais existentes sem deixar de olhar para as questões administrativas. Getúlio era, factualmente, o “pai dos pobres” e a “mãe dos ricos”, uma vez que olhava para as carências sociais da população e ao mesmo tempo negociava com as elites, que obtinham poder e influência, atuando por exemplo, no fechamento das escolas livres e estabelecendo um único meio de formação profissional, e paralelamente, abria novas possibilidades alternativas de assistência aos indivíduos que necessitavam dos serviços em saúde, abrindo espaço para o exercício da odontologia pelos dentistas práticos à população. (CARVALHO, 2003)

O número de diplomados pelas escolas oficiais ou equiparadas à época era significativamente menor do que os dentistas práticos existentes, aqueles que não usufruíam de uma formação profissional técnica. Essa dimensão discrepante implicou na marginalização desses dentistas “não-oficiais”, que estavam expressivamente em maioria e localizados principalmente nas regiões menos desenvolvidas do país, criando uma relação paradoxal entre o aumento da assistência à população e a tentativa de exterminação dos dentistas práticos através do enrijecimento das políticas de atuação na área, que acometerão principalmente as regiões mais distantes dos grandes centros, que já não usufruíam de tanto acesso. (CARVALHO, 2003).

Nesse mesmo período, nos Estados Unidos, discutia-se os rumos da Odontologia. A publicação do Relatório de GIES, em 1926, foi responsável por olhar para a odontologia de forma a detectar os problemas e déficits no ensino dessa prática, determinando a necessidade do desenvolvimento tecnológico atrelado às ciências biológicas e clínicas, além de enfatizar práticas curativo-cirúrgicas e priorizar o mercado privado (SILVESTRE et. al, 2013).

Esta proposta contribuiu, desde a gênese da regulamentação da profissão odontológica, para a restrição e hegemonização dos serviços ofertados à população, tendo sido forte influência para o desenvolvimento da Odontologia de Mercado no Brasil, caracterizada por Narvai, em 1993, “pela produção-consumo privada de bens e serviços sob a regulação do mercado” (NARVAI, 1993). Segundo o autor, “este modelo [...] decorre de uma concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual – o cirurgião-dentista – no restrito ambiente clínico-cirúrgico (Op. Cit., p.

126-127). É essa Odontologia, de prática liberal, que se consolida e torna-se hegemônica no país trazendo, aos poucos, consequências para o acesso aos serviços de saúde bucal, sobretudo os especializados; à formação dos profissionais da área; à fragmentação da atenção prestada à população; bem como as práticas e modelos de atenção implementados, inclusive no setor público (Op. Cit.).

Assim, à luz dos acontecimentos político, sociais e econômicos ocorridos durante esse período, a Odontologia passou a reproduzir a abordagem tecnicista da prática médica que desvincula, desde sua gênese, o processo de saúde-doença do contexto social em que os indivíduos estão inseridos. Prevalece na estrutura da Odontologia, seja no ensino ou na prática, o modelo biomédico, responsável pelo afastamento de uma prática capaz de considerar determinações mais amplas no processo de adoecimento e, conseqüentemente, nas dores que levarão os indivíduos a procurar pelos serviços odontológicos. (FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013)

Todas as significativas mudanças estruturais citadas ocasionaram um processo de valorização da Odontologia de Mercado e da prática liberal que, através do mecanismo de fortalecimento das universidades e da diplomação dos profissionais como demonstração de aptidão, criaram um consistente mercado de trabalho, tendo em vista o aumento da oferta desses serviços. (NARVAI, 2006). A prática liberal passa a ser a predominante na época, no entanto, a partir de 1930, começa a concorrer com outras formas de trabalho odontológicos que incluem a participação do Estado, seja por meio do sistema previdenciário, seja pela via da saúde pública (VIANNA; PAIM, 2016).

Nesses termos a política de saúde bucal começa a se estruturar seguindo os mesmos rumos da saúde em geral: de um lado, a atenção individual previdenciária e, de outro, programas ou políticas voltadas para a população mais necessitada. A assistência odontológica previdenciária se inicia através de contribuições financeiras às CAPs, primeiramente, e depois dos IAPs, que possibilitaram algum tipo de acesso aos seus beneficiários, em consultórios que disponibilizavam, pelo menos, atendimentos odontológicos emergenciais. Nesta odontologia não havia ênfase nos aspectos de promoção e prevenção em saúde bucal (DUTRA et. al, 2014).

A partir do início de 1960, começa-se a se ter, no plano político, um esgotamento do pacto populista entre o Estado e a classe trabalhadora. E, “nos marcos do modelo de acumulação

capitalista adotado desde os anos 1950, baseado na associação ao capital estrangeiro” o país optou, política e economicamente “por uma coalizão internacional modernizadora, via golpe de Estado [...] com amplo apoio das classes médias urbanas (VIANNA; PAIM, 2016, p. 84), o golpe militar.

Durante os primeiros dez anos, o regime militar adotou “o planejamento como instrumento capaz de equacionar e dar encaminhamento à resolução dos problemas acarretados pelo subdesenvolvimento, que sacrificava a população e minava o orgulho nacional” (PONTE; NASCIMENTO, 2010, p. 181). É neste período que os IAPS se fundem e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde são fixadas, em 1969, pela primeira vez, “diretrizes específicas destinadas a orientar a prática odontológica no âmbito da Previdência Social”. De acordo com as novas normas,

a assistência odontológica prestada pelo INPS, deveria, inicialmente, visar a remoção de focos, só incluindo a profilaxia da cárie dentária no tratamento odontopediátrico. Em segunda etapa, na medida em que os recursos orçamentários e financeiros permitissem, o INPS poderia estender a realização de tratamento conservador de “dentisteria” aos beneficiários adultos. Além disso, não incluía o acesso à prótese dentária, ortodontia e ortopedia dos maxilares (com exceção dos casos de complementação terapêutica de intervenção cirúrgica reparadora de lesões congênitas).

Junto ao desenvolvimento da Odontologia previdenciária foram regulamentadas ações, no âmbito dos serviços públicos, voltadas para escolares. O Estado de São Paulo foi o primeiro a implementar um Serviço Dentário Escolar e consultórios odontológicos nas escolas, que funcionavam sob a lógica de livre demanda com ações “exclusivamente individual, sem planejamento e nenhuma tecnologia de programação (DUTRA, et. al, 2014).

A partir de 1952, uma outra modalidade de serviço odontológico passa a ser ofertado para a população brasileira. Dessa vez, pelo lado da saúde pública. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – decorrente de acordo entre Brasil e Estados Unidos - começa a implementar, neste ano, os primeiros programas de Odontologia Sanitária, iniciando em MG e depois em vários municípios do Nordeste, Norte e Sudeste.

A Odontologia Sanitária pode ser considerada um marco referencial entre as práticas odontológicas, visto que emerge de um conceito inovador voltado para a produção de saúde à época, instituída como “trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a

comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral.” (NARVAI, 2006). Citando outros autores e obra anterior sua, Narvai (2006, 142), afirma que:

o alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País.

Além disso, a Odontologia Sanitária, utilizava equipamentos de baixa densidade tecnológica; pessoal auxiliar e implantava, pioneiramente, o modelo de atenção baseado no Sistema Incremental (SI), que tinha entre seus princípios, a cobertura gradativa da população a partir das menores idades através de tratamento intensivo (VIANNA; PAIM, 2016). O método de trabalho do SI baseava-se principalmente em eliminar as necessidades populacionais acumuladas e mantê-las saudáveis através do atendimento odontológico e de programas preventivos. Paralelamente, desenvolviam-se programas educativos para dar suporte a essas ações, que aconteciam principalmente nas escolas (NARVAI, 2006). Em um determinado momento a ferramenta do SI se confundiu com a própria Odontologia sanitária que se viu reduzida aos programas escolares. O SI passou a ser ineficaz conforme foi “transformado em receita, em padrão a ser produzido acriticamente” e, em contextos de “precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas” (NARVAI, 2006, p. 143)

Segundo Narvai (1993), a Odontologia Sanitária teve seu apogeu nos anos 60, dando o tom ao discurso oficial. No entanto, após reunião convocada pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (SNFO), em 1967, o Conselho Federal de Odontologia, que havia sido criado em 1964, assumiu a frente do tom das diretrizes da política e, com a extinção do SNFO, em 1975, a Odontologia sanitária perdeu impulso assim como as ações que se baseavam nela (NARVAI, 1993).

Vale destacar que a Odontologia Sanitária foi extremamente relevante para a compreensão das nuances das políticas de saúde bucal no Brasil, uma vez que teve a tarefa histórica de proporcionar novas ações odontológicas, rompendo com as práticas enfatizadas pela odontologia de mercado, mesmo tendo fracassado (NARVAI, 2006), mas transmutou-se em outras bases como a odontologia social e a saúde bucal coletiva (NARVAI, 1993).

O SESP também implantou o primeiro sistema de fluoretação de água de abastecimento público do país, em outubro de 1953, na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo, com a

esperança de diminuir a incidência de cárie dentária. Em, 1964, após a III Conferência Nacional de Saúde, a prevenção da cárie dentária pelo uso do flúor passa a ser parte do Plano Nacional de Saúde Pública.

Viu-se que durante os anos 1930 e o início da década de 1970, o Brasil passou por diversas mudanças política e econômicas, acompanhadas pelas transformações no nível mundial. No contexto de segunda Guerra Mundial e seus desdobramentos, a ciência e a tecnologia tornaram-se elementos de disputa de poder entre os países envolvidos, em um momento no qual “a humanidade estava se habilitando a finalmente dominar a natureza, a produzir riquezas em níveis sempre crescentes e a distribuí-las, de forma a eliminar iniquidades.” (PIRES-ALVES, 2010, p.5). Com o advento desses avanços tecnológicos, existiu, factualmente, a separação entre as políticas e as práticas de saúde pública e as de medicina curativa., da mesma forma na Odontologia. vivenciando-se uma crescente fragmentação da saúde, espelhada na forma de organização do ensino e do conhecimento em saúde (NARVAI, 1993)

Na Odontologia, “o processo de tecnificação [...] teve seu auge na década de 70, ocorrendo simultaneamente com a formação de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos médico-odontológicos, acompanhando o desenvolvimento capitalista nacional”(FERREIRA, FERREIRA, FREIRE, 2013, p. 815). É neste período que se tem a consolidação da Odontologia como prática profissional, expandindo-se no setor previdenciário cada vez mais e no serviço público, baseado principalmente na Odontologia Sanitária que cresceu de forma tímida e focado nas populações mais pobres. Por mais tímido que tenha sido este último, possibilitou espaço para o surgimento de novos caminhos dentro da área como veremos a seguir.

#### **4.2.DOS ANOS DE CHUMBO A PRÉ CONSTITUINTE: A TECNIFICAÇÃO DA PRÁTICA, A BUSCA POR NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO E O MOVIMENTO DE DEMOCRATIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA**

O governo militar assumiu o controle do país em um momento no qual a Guerra Fria caracterizava o “pano de fundo” das relações internacionais, que culminavam em significativas mudanças no território brasileiro. O Brasil, marcado por uma intensa crise econômica, era apoiado pelos segmentos expressivos da iniciativa privada e das esferas médias urbanas, adotando a implementação de medidas pensadas para “sanar” obstáculos acarretados pelo subdesenvolvimento – medidas essas que “sacrificavam a população e minavam o orgulho nacional.” Nessa perspectiva, a retórica ufanista, utilizada como forte ideal da propaganda das movimentações militares no período, passou a relacionar-se com uma sucessão de planos e medidas que buscavam o crescimento econômico e o incentivo a qualquer custo ao desenvolvimento. (PONTE; NASCIMENTO, 2010, p. 181)

A ditadura no Brasil, representou para a sociedade a consolidação de um modelo de desenvolvimento político-econômico, que foi capaz de configurar um “novo país”. Entretanto, as intempéries sociais que compunham a estrutura brasileira e assolavam a população à época não foram resolvidas com a chegada desse modelo, pelo contrário: tornaram-se cada vez mais complexas, intensas e abrangentes (BRAVO, 2006). Frente a “questão social” no período 64/74, BRAVO (2006, p. 06) aponta:

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

Para dar conta desse “novo sistema”, durante os primeiros dez anos, o regime militar adotou “o planejamento como instrumento capaz de equacionar e dar encaminhamento à resolução dos problemas acarretados pelo subdesenvolvimento, que sacrificava a população e minava o orgulho nacional” (PONTE, 2010b, p.181).

O pós-74 marcou o final do ciclo de estabilização e crescimento político-econômico no país, e a chegada de um novo período de fragilidade na história brasileira, caracterizada, dessa vez, pelo cenário epidemiológico que regia a população. A chamada “crise sanitária” acometeu,

sobretudo, a parte pauperizada da sociedade e foi responsável pela elevada taxa de mortalidade infantil e desnutrição na cidade de São Paulo, além da epidemia de meningite que abatia a população. Dessa forma, torna-se evidente que o padrão desenvolvimentista predominante anteriormente não teria força para continuar a ser reproduzido, e então, paulatinamente, o processo de abertura política aconteceu, trazendo com ele as questões sociais e suas implicações na área da saúde (VIANNA; PAIM, 2016).

O contexto político que regia o Brasil nesse período era marcado por uma epidemia de violência, tanto física quanto moral, responsável pela estagnação, ou até mesmo, regresso dos principais setores da sociedade, como saúde, educação e trabalho, uma vez que são fatores de determinantes para analisar se as condições de vida nas quais os indivíduos estão inseridos, fornecem a eles, o mínimo – a dignidade humana.

É inserido nesse contexto que o Brasil chega ao ano de 1980, ano em que as articulações em torno da transição democrática se consolidam (VIANNA; PAIM, 2016). Era necessária uma abertura política para o estabelecimento de um regime democrático, tendo em vista o esgotamento do período chamado “milagre econômico” e da atuação militar no poder. A partir disso, com a chegada do general Ernesto Geisel à presidência da república, o governo passou a adotar um projeto de retorno “lento, gradual e seguro”, a fim de assegurar ao máximo uma “transição controlada” mesmo em meio ao caos político, social e econômico instalado (REIS, 2010).

No âmbito da saúde, os primeiros dez anos do regime militar foram marcados por alguns acontecimentos. Em 1966, houve a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse processo aconteceu regido por duas importantes características: a crescente atuação do Estado através de medidas interventivas na sociedade e o afastamento dos trabalhadores das questões políticas através de sua exclusão na gestão da previdência, restando apenas o papel de financiadores (PONTE; NASCIMENTO, 2010)

A estrutura previdenciária vigente à época era intrinsecamente dependente do nível de empregos e salários “e altamente vulnerável às fraudes e aos efeitos da má administração (PONTE; NASCIMENTO, 2010, p. 190) e a partir da metade dos anos 1970 passou a sinalizar uma intensa sobrecarga e impossibilidade de continuar sendo um órgão de atenção à saúde no Brasil. A esta época, desde a reforma da previdência de 1967, era o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e posteriormente, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPS), os

responsáveis institucionais pelas ações de assistência à saúde.

(...) já na segunda metade da década de 70, ninguém mais acreditava na possibilidade de universalizar a atenção à saúde a partir da previdência social, pois mais de 50% dos trabalhadores brasileiros não contribuía para o sistema (Médici, 1987 *apud* PONTE; NASCIMENTO, 2010, p. 190).

O esgotamento do sistema previdenciário foi acompanhado pela implantação de um modelo de privilegiamento do produtor privado na área da saúde, que reverberou na forma de produção de saúde e assistência na esfera odontológica. Dentre as características desse privilegiamento Bravo (2006) destaca: 1) a criação do complexo médico-industrial – promotor das altas taxas de acumulação de capital na produção de medicamentos e equipamentos médicos; 2) o estímulo à prática médica curativista, individual e especializada; 3) a extensão da cobertura previdenciária; 4) a diferenciação do atendimento e das finalidades da prática médica a depender da clientela; e 5) a “articulação Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar.” (BRAVO, 2006, p.07).

Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que possibilitou as empresas de medicina investir intensamente na ampliação do complexo médico-hospitalar e na aquisição de ainda mais equipamentos, uma vez que passaram a usufruir dessa nova fonte de financiamento. A partir disso, a saúde que antes já era vista como mercadoria passa a ocupar um papel ainda mais enrijecido, e, portanto, configurada como um direito de poucos. O FAS era administrado pela Caixa Econômica Federal e contava também com recursos da Loteria Esportiva, dos quais cerca de sete bilhões, até 1979, foram desembolsados para a saúde, sendo 70% (aproximadamente um bilhão e meio de reais) destinados a hospitais particulares situados no eixo Rio-São Paulo (CORDEIRO, 1983 *apud* PONTE; NASCIMENTO, 2010).

Uma intempérie presente nesses mecanismos de empréstimo foram as condições vantajosas apresentadas aos empresários, como os juros subsidiados e a correção monetária abaixo da inflação. Dessa maneira, com tais ações, viu-se um grande canal de drenagem dos recursos públicos, que passaram a capitalizar as empresas voltadas para medicina privada – resultando na saúde como um mero aparato gerador de lucro. Sob tal ótica, o incentivo a medicina curativa, o financiamento público para tais instituições e a expansão dos grupos privados na saúde configuraram a consolidação de um processo de capitalização e estímulo ao crescimento da lógica privada e a concomitante degradação dos serviços públicos. (PONTE; NASCIMENTO, 2010)

Esse fazer político no setor da saúde coincidiu com os interesses e pensamentos do presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que, obtinha prestígio no que diz respeito a sua manutenção na sociedade durante esse período. O quadro de crescimento da articulação entre o setor privado e a medicina previdenciária e o decaimento da saúde pública, - “configurada como direito de todos” - passou a caracterizar um cenário explícito da época. O presidente da FBH defendia que o Governo deveria concentrar sua atuação nas atividades de interesse coletivo e sua atuação ser normativa e fiscalizadora. À iniciativa privada caberia a prestação da atenção individual através de convênios com o INPS (PONTE; NASCIMENTO, 2010).

No âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde encontrava-se carente de recursos e intrinsecamente subordinado as prioridades de outros setores, o que resultava no decaimento de uma estrutura que já estava precarizada. A saúde não obtinha espaço e poder de gestão para enfrentar as demandas vivenciadas à época, obtendo pouco impacto na redução das questões sociais e epidemiológicas que acometiam a população brasileira. Um importante sinalizador que explica as condições de atuação no âmbito da saúde pública era o orçamento da União destinado ao Ministério da Saúde que, em 1973, ápice do “milagre econômico”, equivalia a apenas 1%, do orçamento da União, enquanto ao Ministério do Transporte, por exemplo, usufruía de 12% dos mesmos recursos (PONTE, 2010b).

No entanto, com o processo de abertura política, iniciado após crise econômico, política, social e sanitária, ganhou impulso um discurso que privilegiava a questão social, e a questão da saúde passa a ser relevante na agenda política. No leque das ações implementadas pelo governo federal estiveram: a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); instituição do Conselho de Desenvolvimento Social; adoção de medidas de cunho normalizador para universalizar a atenção previdenciária e ampliar a assistência médica; a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sendo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) um de seus órgãos; entre outras (VIANNA; PAIM, 2016).

Em 1975, a partir da Lei n.º 6.229, é criado o Sistema Nacional de Saúde com a seguinte finalidade: “definir atribuições e áreas de competência para as múltiplas instituições da saúde existentes” (VIANNA; PAIM, 2016, p. 87). No entanto, esses mecanismos de integração não foram explicitados e efetivamente colocados em prática, configurando-se como mais uma política

insuficiente para sanar ou atenuar as mazelas sociais e estimular a propagação de projetos voltados para a produção de saúde. Também foi na segunda metade da década de 1970 que o MS amplia a cobertura de suas ações, a partir de programas que buscaram dar resposta à problemas sociais mais gerais, entre eles o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e o Programa de Alimentação e Nutrição (Pronan) (VIANNA; PAIM, 2016).

Com o esgotamento do sistema político e econômico vigentes e a crise econômica, em 1980, a atenção à saúde dentro dos moldes privatistas, incentivada e ampliada cada vez mais pela adoção das medidas praticadas no período de 1974-1979, encontra seus limites. Tal crise, acometeu, sobretudo, a grande massa, que se encontrava cada vez mais vulnerável as condições precárias de vida, e, conseqüentemente, suscetível a doenças, ampliando as demandas por serviços de saúde. Dessa forma, inserido dentro do contexto de redemocratização, o desencadeamento de reivindicações das forças sociais passa a explicitar, como forma de denúncia, seus projetos e interesses.

Assim, até que a crise se estabelecesse o que vigorou foi o modelo preconizado pelos empresários da medicina e interesse do capital cuja ênfase estava no aspecto curativo em detrimento de ações de cunho preventivo e de promoção da saúde; a ideia de saúde estava baseada na ausência de doença; os recursos públicos foram aplicados para incentivar o crescimento do setor privado; e a saúde pública mesmo tendo avançado institucionalmente em alguns aspectos, agonizava pela falta de investimento.

Esta opção prevaleceu durante toda a década de 1970 e em parte dos anos 80, período em que começou um intenso movimento em torno do tema da democratização da saúde e da sociedade brasileira, liderado, na área da saúde, pelo Movimento da Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário, cujo pensamento deu base para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente.

Estiveram na frente do movimento sanitário membros do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, que

atuaram como difusores da reforma sanitária e conseguiram aprofundar, por meio de textos científicos e do debate público, a crítica e a formulação teórica sobre as principais questões ligadas à saúde, pondo em prática a estratégia de se inserir nos espaços institucionais e intervir nas decisões parlamentares (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 239).

Dessa forma, o movimento sanitário conseguiu articular-se com sindicalistas e parlamentares do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e, no início da transição do regime militar para o regime democrático, fez prevalecer suas propostas nas negociações políticas à época. Também nomeou alguns de seus representantes para a administração pública federal, pondo em prática algumas de suas propostas, dentre as quais destacavam-se: “a extensão de cobertura com base na atenção primária à saúde, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, e participação comunitária” (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 239).

Nesse momento, algumas propostas alternativas foram implementadas e ganharam força no âmbito da saúde pública. O Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) é um dos exemplos de programas que fizeram parte desse processo que, em maio de 1984, vira “política oficial do setor saúde, integrando políticas e recursos do Ministério da Previdência, Saúde e Educação, aos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (VIANNA; PAIM, 2016, p. 98).

O movimento sanitário ganhou corpo ao longo dos anos e, entre os dias 17 e 21 de março de 1986, a 8ª CNS foi realizada, sendo o principal marco do processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal. Nesse espaço foram trazidas para o centro como temáticas, três bases distintas: A saúde como direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Essa conferência foi, factualmente, a responsável por moldar os novos rumos da saúde no Brasil, uma vez que a partir desse marco, o conceito de saúde é ampliado e passa a ser um direito inerente a todo e qualquer tipo de cidadão, além de conferir ao Estado a responsabilidade pela garantia desse direito (VIANNA; PAIM, 2016).

No que diz respeito à saúde bucal, o período que se estende de 1964 a meados de 1980 é caracterizado pela expansão progressiva do número de cursos de Odontologia no país e pelo

avanço significativo na produção de sofisticados equipamentos, materiais e técnicas destinados ao atendimento individualizado nas tradicionais “clínicas” ou “consultórios. Ou seja: a partir do sistema livre de oferta e procura, o paciente com disponibilidade financeira procura o melhor clínico que lhe convier (GARRAFA, 1981, p. 52).

O crescimento do número de dentistas, bem como a tecnificação da prática não foram acompanhados da mudança do modelo da Odontologia de mercado em níveis comunitários, tampouco da expansão significativa de programas e propostas mais abrangentes de assistência à saúde bucal. A grande massa populacional continuava desassistida pela falta de programas e políticas governamentais de caráter abrangente. No entanto, com a crise econômica, financeira,

social e sanitária o que se vivenciou foi a diminuição de busca da população por consultórios privados, fazendo com que os dentistas, formados em uma lógica elitista, buscassem seu equilíbrio econômico através de múltiplos empregos, mal remunerados ou de convênios feitos com firmas, instituições e entidades (GARRAFA, 1981). Também fora necessário que o Estado implementasse políticas mais abrangentes na área da saúde bucal, tendo em vista a ênfase dada ao discurso da questão social no contexto de crise.

Nesse período, a atuação do Estado brasileiro em relação à saúde bucal continuou na lógica segmentada entre as ações individuais no âmbito da previdência e ações de caráter mais coletivos no lado da saúde pública. No sistema previdenciário, com a criação do INPS são fixadas, em 1969, pela primeira vez, “diretrizes específicas destinadas a orientar a prática odontológica no âmbito da Previdência Social”. De acordo com as novas normas,

a assistência odontológica prestada pelo INPS, deveria, inicialmente, visar a remoção de focos, só incluindo a profilaxia da cárie dentária no tratamento odontopediátrico. Em segunda etapa, na medida em que os recursos orçamentários e financeiros permitissem, o INPS poderia estender a realização de tratamento conservador de “dentisteria” aos beneficiários adultos. Além disso, não incluía o acesso à prótese dentária, ortodontia e ortopedia dos maxilares (com exceção dos casos de complementação terapêutica de intervenção cirúrgica reparadora de lesões congênitas) (VIANNA; PAIM, 2016, p. 84).

No mesmo ano em que são criadas as diretrizes para o sistema previdenciário, um documento intitulado “Atividades de odontologia” foi desenvolvido, por solicitação do Ministério da Saúde, com o objetivo de orientar a forma de produção e assistência das práticas odontológicas por ele implementadas, através da caracterização dos principais problemas que interferem e agravam o precário cenário da situação da saúde bucal na vida cotidiana da população brasileira. Tal documento faz referência ao modelo de atenção utilizado à época, além de frisar a “insuficiência dos recursos humanos e materiais”, explicitar a deficitária gestão dos recursos financeiros em face da atenção à saúde bucal no Brasil e sistematizar um conjunto de recomendações (VIANNA; PAIM, 2016).

Nesse sentido, em 1974, um importante passo é tomado e caracterizado como uma conquista, ainda que primitiva, para contribuir na redução da incidência de doenças bucais vigentes: a fluoretação da água em sistemas de abastecimento pela Lei n.º 6.050/ 1974. Essa medida tinha como objetivo diminuir a cárie na população, doença essa que caracterizava um lamentável quadro de edentulismo e prejuízos a fisiologia humana. Tal projeto “estipulava beneficiar 80% da

população de 132 cidades, com aproximadamente 33 milhões de habitantes, o que correspondia a 50% da população brasileira estimada para o ano de 1980.” (BRASIL, 1980b *apud* VIANNA; PAIM, 2016, p.89). Entretanto, o ritmo demonstrado pelos relatórios do projeto explicitava as dificuldades para sua implementação e a grande impossibilidade de atendimento as demandas estabelecidas primordialmente, devido a lentidão de execução das medidas. (VIANNA; PAIM, 2016).

Em 1976, um novo projeto é elaborado pelo Ministério da Saúde, que visava atenuar a incidência do câncer bucal na população, a partir da adoção de medidas de prevenção e diagnóstico precoce, sob responsabilidade da Divisão Nacional do Câncer. Consta que o programa não foi efetivamente implementado, apesar das reuniões entre os técnicos do Ministério da Saúde e entidades prestadoras de serviços, resultando na não implementação de medidas concretas para que esse programa pudesse vigorar. (VIANNA; PAIM, 2016). No mesmo ano, é criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), caracterizado, na área da saúde bucal como uma proposta predominantemente ambulatorial, com oferta de ações de saúde bucal que incluíam a atenção ao adulto (ainda que mutilatória e centrada nas urgências).

A FSESP, único órgão prestador de serviços odontológicos pelo MS, passou por um processo de revisão de algumas questões que compunham sua política de saúde bucal, durante o período de 1974 a 1979, que acabaram reafirmando o modelo odontológico vigente em 1952, que era o da odontologia escolar, baseado em programas incrementais e ações de cunho preventivo e de caráter individual, com o objetivo principal de controlar os casos de cárie dentária. Esse modelo era realizado “através da utilização de pessoal auxiliar e da adoção de equipamentos simplificados e padronizados, técnicas de planejamento, programação e critérios próprios de supervisão e avaliação.” (VIANNA; PAIM, 2016). Em 1977, foi criado um novo Manual de Instruções e Orientações Técnicas que vigorou até 1984, quando houve novas alterações no modelo de prática da FSESP. Segundo Ely et. al. (2009, p. 2),

os anos 70, o Sistema Incremental, sob a responsabilidade da Fundação SESP, ganhou dimensão nacional, realizando atenção odontológica voltada exclusivamente aos escolares de 7 a 14 anos. Foi intensificado o emprego de medidas preventivas e introduziu-se a utilização de pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos.

Em termos institucionais, havia críticas de movimentos dentro da odontologia sobre a não coordenação das ações da área por parte do MS, ficando diluídas “entre vários órgãos e sujeita aos

efeitos nocivos da descoordenação”, além do subfinanciamento do governo federal. Nesse contexto, durante a década de 1970, a atuação do Ministério da Saúde restringia-se as atividades desenvolvidas e implementadas pela FSESP e aos programas de fluoretação da água de abastecimento público para a prevenção de cárie dentária, além da formação dos recursos humanos pela Fiocruz.

Nesta década, dois modelos de atenção impulsionaram as ações de saúde pública no Brasil e no mundo. O primeiro, denominado de Odontologia Preventiva, chega ao Brasil em 1960 e sofre grandes resistências da categoria profissional tanto no setor público, quanto privado. A implementação desse modelo de assistência era alvo de críticas por serem equivocadamente associadas a “ações comunistas para acabar com a odontologia”, além de serem intituladas como pouco lucrativa e de dificultosa ampliação e aplicação (NARVAI, 1993).

Apenas em 1980 é que esse modelo ganhou maior força no Brasil e no mundo, sendo alvo de muitas discussões em torno de sua inclusão nos currículos acadêmicos. Como resultado desse debate, muitas universidades implantaram uma disciplina isolada de Odontologia Preventiva e Social que seguiu uma lógica biológica de entendimento do processo saúde-doença, baseado no modelo da história nacional da doença, e criando uma separação entre o preventivo e curativo.

Foram feitas críticas a esse modelo, dentre as quais a “mitificação do social”, tendo em vista a sua redução a fator causal e não estruturante do capitalismo (NARVAI, 1993).

O outro modelo de atenção mais propagado na saúde pública na década de 1970 e 1980 foi o da Odontologia Simplificada, que surgiu após a realização da conferência de Alma-Ata, em 1978, no Canadá, cujo objetivo discutir os rumos da saúde em nível mundial, surgiu a “Odontologia Simplificada” que se colocava como uma nova opção frente à dicotomia prevenção-cura (ELY ert al (2009). Segundo Narvai (1993), a Odontologia simplificada ganha espaço diante da impotência inovadora da Odontologia Sanitária e adentra à realidade brasileira como uma prática profissional “que permitia, através da padronização, da diminuição de passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados” (NARVAI, 1993, p. 83)

Politicamente, os anos de 1980 podem ser considerados de grande avanço para a saúde e, especificamente, para a Odontologia brasileira. Um fator de extrema relevância acontece durante

o ano de 1980 e é responsável por tentar impulsionar a ampliação da saúde no Brasil: a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que trouxe como discussão central a “Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos”. Para Vianna e Paim (2016, p. 86),

A estrutura temática da Conferência indica forte influência dos movimentos internacionais pela extensão da saúde, incorporados pelo governo, não só pela necessidade de buscar maior legitimidade, mas também pela premência em responder, de alguma maneira, ao flagelo a que estava sendo submetida a população de baixa renda. Tratava-se, pois, de buscar soluções alternativas, de cunho racionalizador e menor custo, que convivesse pacificamente com um modelo hegemônico, sem ferir radicalmente seus interesses.

Foi a primeira conferência nacional de saúde que abordou a prática Odontológica como uma temática específica que deveria estar contida no debate mais amplo. A perspectiva da discussão em torno da saúde bucal era olhar para a integração entre as ações odontológicas na atenção básica e as ações de atenção à saúde no geral.

A partir disso, ainda que a conferência não tenha obtido o êxito necessário, a odontologia começou a caminhar gradativamente, através de pequenos passos, tanto no que diz respeito a um olhar avaliativo mais crítico frente ao seu modelo de prática, como “no tocante à sua inserção do setor público de prestação de serviços de saúde.” A realização da 7ª CNS (março de 1980), configurou, para a saúde bucal, o incentivo a uma grande conquista e um espaço que antes não era possibilitado (VIANNA; PAIM, 2016). No entanto, as pressões que se seguiram à 7ª CNS, fizeram com que, também ao nível da odontologia, fossem temporariamente abandonadas as propostas de mudança no modelo hegemônico de prestação de serviços.

Após a 7ª conferência, algumas experiências racionalizadoras foram implementadas no país durante a década de 1980, tendo as diretrizes de prevenção, simplificação e desmonopolização. Dessas experiências, foram alcançados alguns progressos referentes aos equipamentos, recursos humanos e a afirmação da necessidade de “participação social” na atenção à saúde bucal, no entanto, o modelo da Odontologia Simplificada não conseguiu romper com a lógica da Odontologia de mercado e sua prática, pois, não confrontou diretamente este modelo, nem o modelo de sociedade que este carrega, detendo-se a aspectos mais da assistência (equipamentos, recursos humanos, etc.) e menos a aspectos estruturantes do complexo sistema de atenção à saúde bucal. Mesmo assim pode-se dizer que a prática de muitos profissionais mudou em direção a uma Odontologia menos mercantil (NARVAI, 1993).

Fruto dessa expansão e reorganização da odontologia, em especial após a constituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) brasileiro,

emergiram os desafios inerentes às novas práticas, que estimularam o surgimento de movimentos de formação e fortalecimento da elite técnica das burocracias sanitário-buciais estaduais e municipais e [...] a formação de novos públicos técnicos e novos fóruns de debates. Entre esses movimentos e fóruns que conseguiram se organizar, destacaram-se, nos anos 1980, os Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEO); o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO); e os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO) (BARBOSA, et. al., 2018, p. 04).

Somado a esses movimentos, em 1988 foi fundada a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), que tinha como concepção ser um

instrumento de lutas no campo de interesse dos trabalhadores, em especial dos cirurgiões dentistas (assalariados e autônomos), o que pressupunha confronto direto com os patrões, com a odontologia de grupo e demais formas disfarçadas de exploração da mão de obra da categoria (BARBOSA, 2015 *apud* BARBOSA et al. 2018, p. 05).

Tais movimentos contribuíram para a abertura de um espaço no qual as questões relativas à saúde bucal pudessem ser pensadas, discutidas e reformuladas ao longo dos anos 1980. Em decorrência disso, um dos desdobramentos da 8<sup>o</sup> CNS, considerado um grande momento de debate sobre a saúde como direito universal, foi a realização da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal que foi construída a partir de uma cooperação e coordenação a nível nacional, através de comissões estaduais, a fim de fomentar as questões e viabilizar a realização das pré-conferências nos estados (BARBOSA, et. al, 2018).

Como resultado das pautas relativas à saúde bucal na 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, surge a 1<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), configurada como um significativo avanço para a saúde pública, uma vez que as práticas e políticas odontológicas voltadas para a promoção de saúde como direito de todos, passaram, pela primeira vez, a ter um evento composto por técnicos e profissionais da saúde bucal para discutir especificamente sobre tais questões, conquistando um espaço próprio dentro das pautas relativas a saúde, o que nunca tinha acontecido antes no Brasil. A 1<sup>o</sup> CNSB incorporou quatro temas encaminhavam os debates, sendo eles: saúde como direito de todos e dever do Estado; diagnóstico de saúde bucal no Brasil; inserção da odontologia no Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor da saúde bucal (BARBOSA, et al. 2018).

Essa conferência foi configurada pela dicotomia entre os ideais conservadores e a parte

progressista da classe odontológica – gerando um documento final como resposta, votado em plenária: o fortalecimento das propostas de mudança em relação a prática odontológica no Brasil.

[...] Por meio dessas discussões é que, historicamente, começou a tomar corpo a proposição teórico-política de um programa nacional de saúde bucal, afinado com os princípios e as diretrizes das propostas defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária, a ser gerenciado por um órgão técnico-administrativo e de pesquisa, com representatividade nas três esferas da administração pública (BARBOSA, et. al. 2018, p. 05-06).

A partir disso, um novo capítulo na história da saúde bucal no Brasil é aberto, no qual a ação do Estado, paulatinamente, passaria a configurar mudanças estruturais na lógica de produção odontológica, sobretudo, voltadas para a população pauperizada. Entretanto, os tropeços das estratégias, ações e políticas, nos acompanharam e acompanharão até os dias de hoje, fomentando a necessidade de identificar e analisar em cada conquista, os fragmentos que não são regidos pelo sucesso em sua implementação, pois estes podem comprometer o acesso integral aos direitos básicos, interferindo no essencial: a dignidade humana.

### **4.3.DA CONSTITUINTE A IMPLEMENTAÇÃO DO BRASIL SORRIDENTE: NOVOSRUMOS, VELHOS DESAFIOS**

Após a 8ª CNS, o conceito de saúde foi ampliado, sendo a saúde o “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu estágio de desenvolvimento”(FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 241). Até 1990, quando o SUS é legalmente organizado, pela constituição Federal de 1988, e pelas Leis Orgânicas da Saúde n. 8080/1990 e n. 8142/1990, o movimento sanitário e seus aliados tiveram muito o que defender as bandeiras levantadas na VIII conferência, contra as forças políticas conservadoras, representantes de interesses liberais e privatistas (FALLEIROS; LIMA, 2010).

O resultado dessa disputa foi

a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser descentralizado – com a obrigação de o governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, destinar parte do seu orçamento para as secretarias estaduais e municipais de saúde, que teriam de assumir as ações na área de forma autônoma e coordenada.

No que diz respeito a participação dos setores privado e filantrópico na atenção à saúde, ficou definido que “a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ela participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos” (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 246).

Após 1990, o Brasil passa a ter o desafio de implementar o SUS num contexto de adoção das ideias neoliberais que preza exatamente o oposto do que se havia pensado para a política de saúde universal, apontando para um processo de “privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital” (LIMA, 2010, p. 79). Daí que durante os governos de Fernando Collor e Itamar Franco vivencia-se um processo de desfinanciamento da política de saúde e as políticas do Ministério da Saúde enfatizam a garantia de uma assistência médica simplificada para os pobres e ações de saúde pública de baixo custo (LIMA, 2010).

Apesar desse contexto, com o Sistema Único de Saúde (SUS) legalizado, há a abertura de novos caminhos capazes de possibilitar a ascensão das políticas de saúde bucal no Brasil à

época, através da formulação de diretrizes e ações favoráveis a ampliação dos serviços, bem como o reordenamento do modelo de atenção em saúde bucal estimulado por anos, que era focado na atenção a escolares (ASSIS; PAIM; SOARES, 2006). Assim, após a criação do SUS e tendo em vista o contexto no qual se inseria, a Política Nacional de Saúde Bucal foi sendo implementada nomeio de diversos conflitos e contradições (SILVESTRE, et. al, 2013).

Ainda em 1988, o Departamento de Odontologia no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), juntamente com o Programa Nacional de Cárie Dental é lançado, configurando apenas uma aparente conquista no âmbito da saúde bucal, já que foram implementados através de ideais contrários àqueles defendidos pela reforma sanitária, acontecendo de forma vertical e centralizada, sem determinar uma base sólida que fosse capaz de romper com o intenso quadro de exclusão existente (SILVESTRE et. al., 2013).

Segundo Córdon (1991, p. 60 - 65), a implementação SUS obtinha êxito quando aliadas as vontades políticas locais e a participação popular. Contudo, frisava ainda a “necessidade de maior controle social em relação aos aspectos financeiros e na própria organização das práticas de saúde”. Isso, porque era notória a forte presença do centralismo nas políticas de saúde bucal, resultando em um processo de monopólio do conhecimento sobre as práticas, que afastavam a população das tomadas de decisão, uma vez que “comprometia a legitimidade dessas políticas e a manutenção dos serviços que se organizavam, ao haver mudança dos atores políticos locais” (ASSIS; PAIM; SOARES, 2006).

Em meados de 1989, o Ministério da Saúde definiu, paralelamente ao INAMPS, a formulação e implementação da PNSB. Essa política trouxe como pauta e objetivos a serem cumpridos, princípios da universalização, descentralização, integração institucional e participação da comunidade para a expansão da saúde bucal em todo território nacional, a fim de atenuar as mazelas latentes nessa esfera de atenção ao cuidado (SILVESTRE et. al., 2013).

Em 1988, criou-se o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF); e, no mesmo ano da chegada da PNSB, o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD) também foi lançado. Esses programas demonstraram o conservadorismo do governo federal em estruturar um sistema de saúde unificado, descentralizado e universal (SILVESTRE, et. al., 2013).

Em 1990, consideráveis mudanças políticas aconteceram, como a chegada de uma nova gestão no governo federal, com Fernando Collor de Melo assumindo a presidência da república, após vencer as eleições através do voto direto. Os dois programas então criados foram extintos e foi lançado um documento denominado “Plano Quinquenal de Saúde 1990- 1995 – A saúde no Brasil Novo”, ditando rumos e ações estipulados para a atenção a saúde. Neste documento não havia enfoque explícito para as questões levantadas pela PNSB, ainda que algumas ações relacionadas a saúde bucal fossem expressas (SILVESTRE et. al., 2013).

Cabe também ressaltar que durante todo o governo de Fernando Collor (1990 – 1992), houve ações responsáveis por gerar atritos políticos e ideológicos entre os dois setores prestadores de serviços: o público e o privado, pois

[...] a lógica de financiamento por produção foi mantida, fazendo com que os municípios e estados fossem menos prestadores de serviços do governo neoliberal da época, o que gerou conflitos entre o setor público e privado com superposição de ações, desperdício de recursos e mau atendimento. (SILVESTRE et. al., 2013).

O cenário da saúde bucal com a chegada dos anos de 1990 era de significativos, porém, ainda pequenos, avanços nas políticas que regiam as práticas odontológicas. O que se viu foi pouca preocupação com as ações de saúde bucal e com uma política mais densa para a área nos governos Collor, Itamar Franco e nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1994 – 2002), sendo lançadas ações pontuais durante todo o período.

Em outubro de 1991, pela Portaria nº184, foi estabelecido um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção a saúde bucal no SUS – os chamados Procedimentos Coletivos (PC). Esses procedimentos possuíam a característica de impulsionar as importantes ações de promoção e prevenção para evitar o adoecimento e estimular os cuidados coletivos para aprimorar o quadro epidemiológico nacional (SILVESTRE, et al. 2013).

Em 1993, aconteceu a 2ª CNSB, mobilizada pelas entidades odontológicas nacionais, contando com a participação do CFO, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. Neste evento, a saúde bucal foi debatida a partir da ideia de cidadania, considerando a limitada capacidade de resposta do modelo de prestação de serviços de saúde bucal no Brasil para atender as necessidades da população, além de ser ineficaz para reverter o quadro epidemiológico e elitista, individualista, caro, multilador, entre outros (PEREIRA, et.al., 2008).

Com o governo de FHC, a partir de 1994, uma gestão com forte viés neoliberal, em um período de afloramento da globalização, é incorporada, resultando em um “esquecimento” da PNSB. Entretanto, apesar dessa escassez de incentivo a política, propriamente dita, outras ações de cunho odontológico foram instaladas em vários municípios brasileiros e acabaram bem-sucedidas, caracterizando uma nova estruturação no que tange as políticas municipais de saúde bucal, “baseadas na universalização, atendimento por ciclos de vida, condições e situações especiais de vida”, além de servirem como modelo para a PNSB, que se consolidaria nos próximos anos (SILVESTRE, et. al. 2013).

Após anos promovendo apenas políticas que priorizavam a rede hospitalar, focada principalmente na produção de serviços individuais, em 1994, as políticas públicas passaram a caminhar em direção à atenção básica, tendo sua maior expressão com a chegada do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ASSIS; PAIM; SOARES, 2006).

A ESF incorporou os princípios adotados pelo SUS e propôs um trabalho realizado por uma equipe multiprofissional, compondo um modelo de atenção primária voltado para estratégias preventivas, de promoção de saúde, recuperação, reabilitação e com foco na família. Esse modelo de assistência é comprometido com a integralidade dos cuidados a saúde, “coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade na qual está inserida.” Além disso, essa incorporação se deu com o fito de ir à contramão dos modelos excludentes, enfrentando as práticas advindas da Odontologia de Mercado e aliando-se a propagação da Saúde Bucal Coletiva (SILVESTRE, 2013).

Iniciado o ano 2000, a saúde nacional passa a factualmente incorporar ações de incentivo a ampliação da saúde bucal, que tem sua maior expressão com a chegada dos serviços odontológicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando viabilizar a expansão da cobertura dessa atenção e reformular o espaço de produção do cirurgião-dentista, - até então restrito ao complexo médico-hospitalar-, com a finalidade de desarticular os paradigmas de inacessibilidade e reordenar sua prática profissional (ASSIS; PAIM; SOARES, 2006).

[...] Em março de 2001 foi lançada a Portaria nº267 que considerou como necessidade a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados, melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e inclusão das ações de saúde bucal na ESF. Tudo isso representou um importante aporte financeiro no financiamento público da odontologia e aumento da rede de serviços em todo o país. (SILVESTRE, 2013)

O ano de 2004 marca uma grande conquista no âmbito da saúde bucal, que há anos disputava por um espaço nas discussões nacionais, com enfoque necessário para atenuar os tropeços da assistência odontológica no Brasil. Sob as indicações do governo Lula – gestão vigente à época-, a nova Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Programa Brasil Sorridente, passou a integrar o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil e a olhar mais atentamente para as implicações da saúde bucal, buscando melhorar o paradigma de inacessibilidade aos mais elementares direitos a saúde no campo da boca (SILVESTRE, 2013).

O Programa Brasil Sorridente nasce do documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”, que diagnosticava as intempéries da saúde bucal, identificando quais medidas imediatas deveriam ser tomadas a partir da atuação governamental que se iniciava. A política centrada na vigilância em saúde com foco na família, a ampliação dos procedimentos clínicos especializados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR) e implementação das linhas de cuidado para a assistência em saúde foram ações pioneiras não apenas no que tange a expansão e diversidade dos procedimentos, mas também no incentivo a democratização do acesso a saúde bucal no Brasil (op. Cit.)

Os CEO caracterizaram uma conquista material dentro da PNSB, uma vez que passaram a ser unidades de referência em saúde bucal no setor público, conseguindo ir além da atenção básica. Esse paradigma de rompimento com as limitações da atenção primária demonstra o estímulo a prática odontológica humanizada, visto que busca acompanhar os procedimentos realizados em cada indivíduo, contribuindo para um fazer prático à luz da integralidade do cuidado. Esses centros “estão integrados ao processo de planejamento loco-regional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e governo federal”, sendo uma ampla rede de atuação. É válido postular que os CEO não são algo à parte do SUS, mas sim, parte dele, e compreender isso é fundamental para que a PNSB não seja reduzida a sua criação e atuação (op. Cit.).

Cabe ressaltar também a importância das linhas de cuidado nos momentos iniciais de atuação do Brasil Sorridente, que possibilitaram a chegada dos usuários aos centros especializados, já que são ferramentas imprescindíveis para a construção de um fazer prático irrestrito, possibilitando acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas etárias e assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, o que promove a questão da

integralidade da assistência em saúde (PUCCA, 2013).

A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (PUCCA, 2013).

Essas medidas, em consonância com as diretrizes da 12ª CNS e 3ª CNSB, apenas realizada depois de 10 anos da última Conferência Nacional de Saúde Bucal buscavam, minimamente, superar o modelo biomédico a partir do estímulo a um discurso pautado na universalização da assistência, sem priorizar e focalizar a atenção apenas nas faixas etárias de 0 a 14 anos, como antes feito. Ademais, tais ações também prezavam pelo incentivo a procedimentos conservadores, que visavam a manutenção dos elementos dentários, não a mutilação – presente fortemente nos serviços públicos. Posto isso, esses trabalhos realizados no campo da saúde bucal passaram a ser correspondidos, uma vez que o cenário epidemiológico em 2003 era marcado principalmente pela incidência de cárie em crianças e a perda dentária em adultos (ASSIS; PAIM; SOARES, 2006).

É válido postular que nesse período, a ampliação e atenção as políticas públicas de saúde bucal cresciam simultaneamente com a extensão do setor suplementar. Sob essa ótica, os déficits presentes no SUS passaram a ser relacionados com tal dilatação da assistência médica privada “evocando os avanços das políticas de corte neoliberal”. Esse crescimento concomitante, segundo Pietrobon (2008, p. 1590), levanta questões de cunho tanto reformistas e universalistas, quanto assistências seletivas, que passam a rerepresentar a dicotomia entre o público e o privado, configurada a partir da construção de um sistema de proteção social universal e “perspectivas para uma regulação de uma segmentação já consolidada” (PIETROBON, 2008).

Em 1998, pela Lei nº 9.656, os planos privados de assistência à saúde incluíam procedimentos odontológicos, voltados para a proteção, prevenção e manutenção da saúde bucal nos chamados planos-referência. Contudo, com a chegada do ano 2000, esses serviços foram descartados, por meio da Medida Provisória nº 1.976-33, o inciso VIII do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 foi revogado, passando a deixar esses cuidados odontológicos como opcionais às operadoras. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Cabe ressaltar que a ascensão dos planos odontológicos através de sua regulamentação,

fez com que o número de beneficiários tivesse um aumento latente, fazendo-se necessária a compreensão sobre a motivação que sustentou tal crescimento, como a dificuldade de acesso aos serviços públicos ofertados e à “potencialidade de nichos de mercado a serem explorados.” De forma equivalente aos acontecimentos de implementação dos planos médicos, a odontologia também passou a ser consolidada, principalmente, através dos benefícios oferecidos aos trabalhadores, assim como no surgimento da medicina previdenciária (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

O modelo assistencial dominante nas práticas odontológicas dos planos privados é conhecido por sua alta e rápida taxa de resolutividade, mas momentânea. Esses procedimentos são reproduzidos sob a lógica biomédica e curativa, que preza pela medicalização das práticas de saúde, que acabam por produzir ainda mais doenças quando vistas a longo prazo. Tal modelo de atenção não considera os fatores inerentes a existência humana e sua expressão em cada indivíduo, como condições de vida, trabalho, ambiente no qual está inserido, entre outros fatores (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Posto isso, é possível perceber que a implementação das políticas relativas à saúde bucal no Brasil enfrentou constantes dilemas entre o público e o privado e, paradoxalmente, entre a inclusão e a exclusão dos indivíduos a esses serviços, fadados aos interesses e motivações políticas durante toda história. Portanto, cabe, brevemente, olhar para os avanços e desafios da PNSB após sua factual estruturação a partir do Brasil Sorridente, uma década depois de sua implementação (SCHERER; SCHERER, 2016).

O período de 2004 - 2014 pode ser analisado como um momento de observação e aperfeiçoamento das novas medidas adotadas. Embora os resultados até 2014 sejam satisfatórios em relação ao cenário antes visto, a PNSB ainda conta com importantes tropeços a serem analisados, como as latentes desigualdades regionais, que influenciam no acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado. Além disso, a busca pela superação do modelo biomédico e do modelo escolar de atuação, conhecido como “tradicional”, é essencial para que esses desafios sejam atenuados, uma vez que impossibilitam um acesso capaz de tratar integralmente as dores individuais e as mazelas coletivas por questões sociais. Ações voltadas apenas para o atendimento clínico e a valorização desmedida da técnica prejudicam a democratização do acesso a saúde bucal e estimulam o olhar para a boca como um objeto (SCHERER; SCHERER, 2016).

Apesar disso, a PNSB é considerada como uma célebre conquista e o Programa Brasil Sorridente é o maior programa público de saúde bucal no mundo. Ações educativas; acolhimento; responsabilização e vínculo, foram alguns dos avanços realizados na primeira década pós implementação da política que demonstram sua importância no Brasil (SCHERER; SCHERER, 2016).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil, por anos, foi intitulado como o “país dos banguelas” (NARVAI) e carregou essa roupagem até a factual chegada das políticas de saúde bucal, buscando minimamente romper com o paradigma de inacessibilidade das camadas sociais mais precarizadas aos serviços de saúde. Dessa forma, foi válido observar as mudanças ocorridas com o passar dos anos, que configuraram uma progressiva substituição da atividade liberal por outras formas de organização, contando com a presença do Estado em algumas delas (VIANNA; PAIM, 2016).

A carência de uma assistência voltada para todo o corpo social e as condições insalubres de grande parte da população compuseram um quadro de violência ético-política que assolou o país, durante o período estudado, visto que o cenário social e epidemiológico em relação à saúde bucal situava-se entre os piores do mundo, mesmo tendo um gradativo aumento do número de dentistas formados ao longo dos anos.

Acompanhando o ritmo de desenvolvimento brasileiro, as práticas odontológicas predominantes no país foram intensamente regidas por uma ideologia mercantil, que privilegiou a atenção individual e reparadora, descartando o enfoque em ações de cunho social, voltadas para a prevenção e proteção de doenças emergentes à população e um cuidado integral aos indivíduos. Nem a expansão do acesso à informação dos avanços científicos, a incorporação de novas tecnologias e a difusão de práticas cada vez mais especializadas, fizeram com que o processo de democratização fosse possível, pelo contrário, resultou na adoção de um fazer prático elitista e excludente para a grande massa brasileira (VIANNA; PAIM, 2016).

Com a chegada da Constituição de 1988, a elaboração e a consolidação das políticas de saúde bucal refletiam a dura realidade que permeava a lógica da saúde: a mera reprodução do sistema nacional de saúde, pautado numa assistência privada e individualizada hegemônica, com uma separação bem demarcada entre público e privado – antagônicos em suas diretrizes fundamentais-, além da escassez e má administração dos recursos financeiros e materiais. Estas questões nos levam a pensar em uma dimensão que configuram ações impulsionadoras da elitização tanto da profissão, quanto das práticas: as relações de poder expressas a partir interesses individuais.

Dessa forma, a Odontologia, desde sua emergência no Brasil, foi restrita e inacessível para parte da população e, ao olhar para toda sua conturbada trajetória até os dias atuais, viu-se

a importância de considerar as determinações sociais do processo saúde-doença para que fosse possível um tratamento integral e, factualmente, tratar das mazelas que atingem a parte mais vulnerável da sociedade, por vezes, esquecidas pelo poder público. Essas ações se contrapõem aos efeitos das práticas curativas e hospitalocêntricas, que restringem o tratamento ao consultório, esquecendo-se da rotina que permeia a vida de cada indivíduo.

Sob esta ótica, viu-se que as políticas de saúde bucal no Brasil, durante toda sua trajetória, foram marcadas pelas nuances de cada contexto histórico e por motivações, sejam elas políticas, governamentais, econômicas, ou ideológicas, que sobrepuseram interesses de mercado ao bem comum. Essas ações foram moldadas, historicamente, pelo descaso social e descompromisso sanitário com a população, que era acometida por males decorrentes da situação de pobreza em que viviam, podendo muitas vezes serem evitáveis, caso usufríssem de forma mais igualitária da produção e da divisão da riqueza produzida no país, entre a produção e acesso aos serviços de saúde bucal, que por anos, permaneceram precários e restritos (SILVESTRE et. al, 2013)

Tal cenário de inacessibilidade e impotência por parte da sociedade, é enfatizado ao olharmos para história das políticas de saúde no Brasil. É possível observar e compreender que os interesses político-econômicos, por vezes, prevaleceram como indicadores de atuação ou não atuação do Estado na promoção da saúde e atenuação dos lamentáveis quadros epidemiológicos que acompanhavam – e ainda acompanham- a população brasileira.

Dessa forma, a Odontologia, desde sua emergência no Brasil, foi restrita e inacessível para parte da população e, ao olhar para toda sua conturbada trajetória até os dias atuais, viu-se a importância de considerar as determinações sociais do processo saúde-doença para que fosse possível um tratamento integral e, factualmente, tratar das mazelas que atingem a parte mais vulnerável da sociedade, por vezes, esquecidas pelo poder público. Essas ações se contrapõem aos efeitos das práticas curativas, especializadas e individuais, que restringem o tratamento ao consultório, esquecendo-se da rotina que permeia a vida de cada indivíduo.

Ademais, o processo de medicalização da vida – em que o sistema médico e/ou odontológico, criados para proteger a saúde, paradoxalmente, acabam por produzir doença-, por anos, tornou-se hegemônico tanto na esfera da saúde pública, quanto na privada. A área da saúde em sua totalidade, passou a incorporar e assumir ações conforme as exigências do sistema capitalista, a partir, por exemplo, das modificações tecnológicas ocorridas no exterior

(BRAVO, 2006). Assim, mais um tropeço da história da Odontologia, desde sua profissionalização, é identificado, uma vez que foram confluentes com a medicalização e mercantilização da saúde em períodos tão diferentes no país.

Ficou explícito que a odontologia pública e universal, desde o princípio, sofreu com ações que dificultaram seu processo de implementação e, portanto, apresentou uma longa e exaustiva jornada no que diz respeito a democratização do acesso aos serviços e qualificação das suas práticas. Tais ações podem ser relacionadas com a caracterização e análise equivocada da assistência privada como aquela que tem qualidade, que perdurou por anos e influenciou ainda mais o cenário de improficiência estatal presente na sociedade em cada época. Isso, porque o setor privado voltou-se historicamente para a parte abastada da população e a atuação do Estado, através de ações de saúde pública, foi vista como desnecessária pelo poder público e por parte importante dos profissionais da Odontologia.

Neste contexto, a saúde pública presenciou uma maior lentidão em seu processo de implementação, baseada numa errônea interpretação de que os procedimentos, sob o olhar da saúde coletiva, devem ser restritos a população mais vulnerável, descartando o real conceito de crescimento e desenvolvimento do país pela atenuação dos problemas de base (PIETROBON, 2008).

Com a chegada do Programa Brasil Sorridente, em 2004, viu-se o fortalecimento da PNSB e a construção de um fazer prático odontológico diferente daqueles antes vistos na odontologia brasileira, buscando romper com o paradigma de inacessibilidade, fragmentação e estímulo a procedimentos mutatórios. Entretanto, mesmo com a consolidação dessas políticas – que deveriam assegurar o acesso integral aos serviços ofertados-, os tropeços da saúde bucal no Brasil ainda não satisfazem as reais demandas da população brasileira.

Acredita-se que essas dificuldades estão relacionadas ao papel que o Estado brasileiro exerceu durante todo o período estudado, atuando de um lado para amenizar as mazelas decorrentes da situação precária de vida de grande parte da população, e, de outro, fortalecendo a Odontologia de mercado por diversos mecanismos, quais sejam: anuência de um processo elitizado de profissionalização e formação; incentivo ao modelo biomédico nas práticas e políticas implementadas; pouca inclusão da saúde bucal no setor saúde durante a história; incentivo à constituição de uma atenção à saúde bucal fragmentada entre o setor público e privado; a persistência do incentivo ao crescimento de um setor privado forte, seja

financeiramente, seja por meio da incorporação do papel de regulamentação dos planos de saúde, etc.

Portanto, olhar para o passado faz-se necessário para entender as intempéries do presente, visto que as mudanças na vida social são resultado de processos históricos, que moldam as diferentes realidades expressas nas diversas regiões e momentos do Brasil. A saúde bucal, por anos, foi sinônimo de uma assistência restrita e elitizada, e com a chegada do Brasil Sorridente, tal associação passou a ser gradualmente rompida, mesmo ainda apresentando características a serem aperfeiçoadas. Dessa forma, percebe-se o quão significativo é voltar a atenção a essa problemática, que compromete o direito a saúde instituído no Art. 6º, caput c/c Art.196 da CRFB/1988 que garante um acesso universal e igualitário a saúde, colocando-se como direito de todos e dever do Estado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro : ANS, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planos\\_odontologicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planos_odontologicos.pdf). Acesado em 11/03/2022.
- ASSIS, Lucília Nunes; PAIM, Jairnilson Silva; SOARES, Catharina Leite Matos. Políticas de saúde bucal no período pós-constituinte. In: CHAVES, **Política de saúde bucal no Brasil**, p. 117,2016.
- BARBOSA, Swedenberger do Nascimento et al. A construção do direito à saúde bucal no Brasil em perspectiva bioética. 2018.
- BORTOLI, Francieli Regina; KOVALESKI, Douglas Francisco; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 67-72, 2019.
- BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.
- CARVALHO, Cristiana Leite et al. **Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira**. Tese de Doutorado (ENSP/Fiocruz),2003. 267p.
- DUTRA, Laio da Costa et al. Políticas públicas de saúde na odontologia: Resgate histórico e sua relação com a disfunção temporomandibular. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 513-524, 2014.
- ELY, Helenita Correa; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. Políticas de Saúde Bucal. **Texto preliminar para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2009**.
- ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2008.p. 333-384.
- FALLERIOS, Ialê; LIMA Júlio César França Lima. Saúde como direito de todos e Dever do Estado. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (orgs). **Na corda bamba de**

**sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 239-246.

FERREIRA, Naiara de Paula; FERREIRA, Aline de Paula; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, p. 304-309, 2013.

FEUERWERKER, Laura CM. Educação dos profissionais de saúde hoje—problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 2, p. 24-27, 2003.

FONSECA, Emílio Prado da; FONSECA, Suelen Garcia Oliveira da; MENEGHIM, Marcelo de Castro. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. **ABCS health sci**, p. 85-92, 2017.

GABRIEL, Marina. A distribuição geográfica dos cirurgiões-dentistas no Brasil e seu impacto na saúde bucal da população. CFO, 2016. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/?p=48588>. Acesso em 25 mai. 2020.

GARRAFA, Volnei. Democratização da Odontologia. **Saúde em Debate**, n. 12, 1981. p. 52.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 285–297, mar. 2015.

LIMA, Júlio César França. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 279- 310.

NARVAI, Paulo Capel. **Prática odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-92.** 1993. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

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

NARVAI, Paulo Capel. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. Políticas de saúde bucal no Brasil. **Saúde bucal das famílias. São Paulo: Artes Médicas**, p. 1-0, 2008.

- PIETROBON, Louise et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1589-1599, 2008.
- PONTE, Carlos Fidelis. O sanitarismo e os projetos de nação. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 75-78.
- PONTE, Carlos Fidelis. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010a, p. 113-120.
- PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 181-220.
- PUCCA JR., Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, Mar. 2006
- REIS, José Roberto Franco et al. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. In:
- SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2016.
- SILVESTRE, José Amilton Costa; DE AGUIAR, Andréa Silvia Walter; TEIXEIRA, Edson Holanda. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.
- VIANNA, M. I. P.; PAIM, J. S. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. **Chaves SCL, organizadora. Política de saúde bucal no Brasil-teoria e prática Salvador: EDUFBA**, p. 79-115, 2016.

