

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Marina Peixoto da Silva

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA: e a expectativa para os próximos anos**

Taubaté

2021

Marina Peixoto da Silva

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA: e a expectativa para os próximos anos**

Trabalho de conclusão de curso apresentada para a obtenção de certificado de graduação pelo Curso de Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté. Orientador: Prof. Mario Celso Peloggia.

Taubaté – SP

2021

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

S586a Silva, Marina Peixoto da
Avaliação da saúde bucal da população brasileira : e a expectativa para os próximos anos / Marina Peixoto da Silva. -- 2021.
40 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, Taubaté, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Mário Celso Peloggia, Departamento de Odontologia.

1. Atenção à saúde. 2. Brasil sorridente. 3. Políticas de saúde bucal. 4. Expectativa para o futuro. 5. COVID-19. I. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. III. Título.

CDD – 617.601

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marina Peixoto da Silva

AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: e a expectativa para os próximos anos

DATA: 08/12/2021

RESULTADO:

BANCA EXAMINADORA

NOME ORIENTADOR/ QUALIFICAÇÃO: Profº Dr. Mario Celso Peloggia

ASSINATURA:

NOME BANCA/ QUALIFICAÇÃO: Profº Dr. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida

ASSINATURA:

NOME BANCA/ QUALIFICAÇÃO: Profª Dra. Mônica Cesar Do Patrocínio

ASSINATURA:

NOME SUPLENTE/ QUALIFICAÇÃO: Profª Claudia Auxiliadora Pinto

ASSINATURA:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de graduação primeiramente a Deus, ao meu orientador Mario Celso Pelligia pela ajuda e incentivo, aos familiares e amigos que me apoiaram durante esta jornada e por todo o incentivo dado fazendo com que esse trabalho acontecesse.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida e por ter me guiado durante todo o caminho até aqui, agradeço de forma única e especial a minha mãe Fátima Peixoto por todo o apoio que me deu, tanto financeiro quando emocional durante esses 4 anos de faculdade e durante toda minha vida, incentivando e direcionando minha vida sempre para o caminho em que eu me encontrava feliz, agradeço a meus irmãos Mariana e Moisés por todo o companheirismo e sacrifícios que fizeram por mim nessa trajetória longe de casa, ao meu pai Angelo pela preocupação diária, agradeço também meu à sobrinho Franscisco que mudou minha vida desde o momento que chegou ao mundo, agradeço aos meus cunhados Thais e Diego por complementarem minha família de maneira que completasse todo esse ciclo em que todos passamos juntos.

Gostaria de agradecer em especial também a todas as pessoas que passaram na minha vida desde o momento que pisei no departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté e que me transformaram de tantas maneiras, os amigos que encontrei aqui espero que possam perdurar por toda a vida, ao meu trio Isabela e Angélica meu agradecimento mais sincero pelos nossos momentos de aprendizado e amizade em nosso dia a dia clinico e de vida, meu mais sincero obrigado aos meus amigos Elen, Wellington, Hendrew, Vitor, Larissa, Caroline, Daniel, Luiz Eduardo, Leonardo, Lucas, Lucas Galvão e os demais que compartilharam momentos inesquecíveis comigo nesse campus. Meu obrigada de coração às pessoas que conheci e reencontrei nesse ano de 2021 Alberto, Anna Laura, Gabriel, Maria Eduarda e Luis Felipe, que sempre fizeram parte do meu coração.

Agradeço igualmente aos professores do departamento que transmitiram seu conhecimento e amor pela profissão da melhor forma que podiam sendo exemplos de profissionais.

Por fim agradeço imensamente ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté por ter sido uma casa para mim durante esses anos, e um lugar de descoberta pessoal e profissional, um pedaço de mim sempre existirá com carinho na 4 de março.

Marina Peixoto da Silva

RESUMO

Objetivo: Esse trabalho teve como intuito avaliar a saúde bucal da população brasileira em meio aos desafios e acontecimentos de sua trajetória, desde a implementação do Brasil Sorridente em 2004 junto ao SUS até os dias atuais, bem como a perspectiva para o futuro da odontologia no Brasil após as mudanças que o país sofreu nesse período. **Método:** Revisão integrativa da literatura. **Resultados:** Mostrou-se que a saúde bucal brasileira progrediu demasiadamente bem, com a criação das diretrizes da PNSB pelo Governo Federal, implantação de centros de especialidades em diversos estados e municípios do país, a fluoretação do tratamento de água, programas de promoção, prevenção e atendimento a todas as classes sociais. **Conclusões:** A expectativa para o futuro da saúde bucal brasileira gira ao redor das políticas de saúde pública e assim dependem do incentivo direto do governo federal e estadual, todo o crescimento conquistado no programa Brasil Sorridente só perdurará havendo uma conexão entre os interesses da classe odontológica, o estado atual político e financeiro do país e a vontade da população, principalmente após uma pandemia global.

Palavras-chave: Brasil Sorridente; Saúde bucal; Atenção à Saúde; Políticas de Saúde Bucal, Expectativa para o futuro, COVID-19, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the oral health of the Brazilian population amid the challenges and events in its trajectory, from the implementation of Smiling Brazil in 2004 with SUS to the present day, as well as the prospects for the future of dentistry in Brazil after the changes that the country underwent during this period.

Method: Integrative literature review. **Results:** It was shown that Brazilian oral health has progressed too well, with the creation of the PNSB guidelines by the Federal Government, implementation of specialty centers in various states and municipalities of the country, fluoridation of water treatment, promotion programs, prevention and care to all social classes. **Conclusions:** The expectation for the future of Brazilian oral health revolves around public health policies and thus depends on the direct incentive from the federal and state governments. All the growth achieved in the Smiling Brazil program will only endure if there is a connection between the interests of the dental class, the current political and financial state of the country, and the will of the population, especially after a global pandemic.

Keywords: Smiling Brazil; Oral Health; Health Care; Oral Health Policies, Expectation for the future, COVID-19, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal.

SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. PROPOSIÇÃO.....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4. DISCUSSÃO.....	31
5. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1.INTRODUÇÃO

Foi no ano de 1974 com a Lei Federal n. 6.050/19741 de obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público dando um grande passo para odontologia, após a constituição de 1988 onde o Sistema Único de saúde tornou-se um sistema público, universal e gratuito. A necessidade de atenção à saúde bucal tornou-se foco com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) junto ao programa Brasil Sorridente do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2004, onde o governo federal instituiu linhas de financiamento específicos para a criação de equipes de saúde bucal, construção e implantação de centros odontológicos de atenção secundária e terciária. As redes de atenção à saúde o chamado (RAS) que foram planejadas para ampliar o acesso da população à saúde bucal, com a implantação de centros de especialidades odontológicas (CEOS), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), a oferta de serviços de Atenção primária à saúde (APS), vigilância em saúde bucal, ampliação de sistemas de fluoretação de água e também a estruturação de centros de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON). A população tem acesso a esses tratamentos por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que exercem em sua maioria o atendimento primário odontológico curativo e Unidades de Saúde da Família (USF) que também estão voltadas ao atendimento primário. Entretanto elas promovem a prevenção de doenças com grupos de moradores de cada território, por meio de agentes comunitários e assistentes sociais que atuam na odontologia preventiva e curativa.

O cirurgião dentista nessas unidades de saúde bucal atuam na clínica odontológica e também na área de Estratégia Saúde da Família (ESF) respeitando os princípios do SUS de integralidade e universalidade, onde pode participar de ações de promoção de saúde em escolas, casas de repouso, visitas domiciliares e eventos públicos, não sendo obrigatório e de acordo com cada unidade de saúde. Outro ponto em que há atuação do cirurgião dentista são os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) onde são realizados os atendimentos encaminhados pelas UBSs e USFs, e ocorrem a prática de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. E também Unidades de Pronto Atendimento (UPA) é

oferecido serviço emergencial 24h, o cirurgião dentista e sua equipe atendem em regime de plantão os casos de urgência e emergência.

Com essa estrutura houve um avanço considerável nos hábitos de saúde bucal do brasileiro, com a inserção de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros, resultados obtidos por meio da Avaliação da Saúde Bucal Brasileira refere-se a um estudo a cerca das condições de saúde bucal da população brasileira, estudo esse que ocorre a cada 10 anos, conseguindo em alguns anos que o Brasil entrasse no grupo de países com baixa prevalência de cárie, resultados apresentados pela segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Brasília:OPAS; 2018): “o SUS possui Equipes de Saúde Bucal, em 5.468 municípios brasileiros, que integram as Equipes de Saúde da Família e contam com cirurgião dentista, técnicos ou auxiliares em saúde bucal. Além disso, o SUS tem 26.496 equipes Saúde Bucal (ESB), o que mostra que o programa evoluiu em proporções mundiais.”

Logo este trabalho visa transparecer não só a evolução da Saúde Bucal brasileira como uma expectativa para os próximos anos, ambientando as principais ocorrências odontológicas no SUS e como são feitas as práticas de maneira que abordem corretamente a defesa da vida, a postura do cirurgião dentista na ação profissional em meio a pandemia de COVID-19 ambiente hospitalar e clínico do SUS, visto que a Avaliação de Saúde Bucal de 2020 foi adiada até o presente momento, apresentar também a relação entre as linhas de financiamento dos programas de saúde bucal e o meio em que o cirurgião dentista atua.

2.PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a saúde bucal brasileira e a expectativa para os próximos anos por meio de uma revisão de literatura.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Junqueira et al. (2004) introduziram quadros sociais, epidemiológicos e políticos que ocorreram nas últimas décadas no país influenciando a saúde bucal como um todo, com a vinda e afirmação da democracia, o direito de opinar sobre os rumos e diretrizes das políticas públicas principalmente as ligadas a saúde visto que é um direito de todos, grandes avanços ao longo dos anos sucederam porém as raízes de desigualdade social e má disposição de rendas mostra que ainda há muito o que ser feito em razão de acesso a saúde, bens e serviços. Logo o quadro da saúde bucal no Brasil mostrava o panorama social e econômico da população, os países vizinhos ao Brasil apresentavam condição semelhante, sentindo com a péssima distribuição de renda, o analfabetismo, baixo grau de escolaridade, condições precárias de habitação. Mostraram que a educação influencia diretamente na saúde das pessoas, já que segmentos sociais com menor grau de escolaridade ou analfabetos estão mais expostos a agravos à saúde, principalmente problemas de saúde bucal. Em 1920 a quantidade de analfabetos chegou a 65% da população acima de 15 anos de idade, o que já muda com o tempo, em 1991 a porcentagem de analfabetos acima de 15 anos foi de 11,8%, um avanço significativo no acesso à educação para este segmento social. Concluíram que a saúde no Brasil deve ser pensada dentro deste contexto social e econômico em que vive o país, caracterizado pela desigualdade social e alto índice de desemprego e em contraste com os quadros sociais e epidemiológicos brasileiros, só se torna mais forte que as políticas públicas devem ser direcionadas para a promoção da saúde e financeiro, juntamente com a criação de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, com formação de profissionais capacitados e que entendam a condição da população e como aplicar os conhecimentos da necessidades em saúde bucal.

Frazão e Narvai (2009) apuraram por meio de um artigo a história Saúde bucal no Sistema Único de Saúde desde a criação do SUS em 1988, mostrando que inserção da saúde bucal é marcada por conflitos e contradições, expressando os diferentes projetos em concorrência na sociedade brasileira. O artigo abordou alguns dos aspectos mais relevantes que marcaram os 20 anos de construção dessa política no plano nacional, como a promulgação da Constituição em 1988 que representou um marco na gestão de saúde, com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde. O modelo de prática odontológica havia

sido criticado por ocasião da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980 que além do trato iatrogênico e mutilador, foram denunciados o caráter de monopólio onde eram exercidas atividades centradas exclusivamente no cirurgião-dentista com baixa participação de pessoal auxiliar e sua orientação fortemente ligada a tradição liberal-privatista da profissão, já com a implementação do processo de descentralização que se seguiu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), multiplicaram-se os centros de decisão sobre saúde nas esferas estaduais e municipais, com reflexos nos programas de saúde bucal. Entretanto nos últimos 20 anos desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal na agenda pública tem sido permeada por inúmeros conflitos e contradições, em todas as esferas de governo. Por fim mostraram que o futuro da saúde bucal no SUS dependerá da forma como for mensurado nos próximos anos, o desafio fundamental de fortalecer a sociedade, de respeitar os movimentos sociais populares e consolidar a democracia, e nesse processo será fundamental o papel do estado, tanto na garantia do aperfeiçoamento da democracia e dos princípios da vida, quanto na execução de soluções adequadas para regular os conflitos gerados pelo exercício de direitos coletivos e a preservação das liberdades individuais.

Ministério da Saúde (2010), sete anos após o lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Bucal, concluiu, em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Este levantamento constatou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento para o futuro, tanto em nível nacional quanto nos âmbitos estadual e municipal, pesquisa essa que sempre seria feita de 10 em 10 anos, onde estudos transversais foram importantes componentes na política de vigilância da saúde. Essa pesquisa apontou que cárie dentária continuava sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, porém o número médio de dentes atacados por cárie diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010, o que era uma redução de 25%, considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. Outro

ponto, as condições gengivais que foram avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário, que indica a presença de sangramento gengivite, cálculo e bolsa periodontal, os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicaram que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 68% para a idade de 12 anos, 51% para a faixa de 15 a 19 anos, 17% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. Quanto às diferenças regionais, mencionaram que o percentual de adolescentes sem problemas gengivais, variou de 31% na região Norte à 57% na região Sudeste. Já as necessidades de próteses dentárias foram estimadas com a finalidade de gerar contribuições para o planejamento dos serviços reabilitadores de atenção secundária, para os adultos. Foi visto que a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 69% dos casos, sendo que a maioria 41% é relativa à prótese parcial em um maxilar, em idosos de 65 a 74 anos, 23% de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, que mostra números muito próximos dos encontrados em 2003 e retrata que mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de 4 milhões que precisam de prótese parcial. Os dados foram obtidos em 177 cidades, nas cinco grandes regiões brasileiras, e apresentam a situação de todas as capitais estaduais, no Distrito Federal e no interior do país, nas faixas etárias de 12 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos por dentistas pertencentes aos serviços de saúde dos municípios participantes.

Almeida et al. (2010) apresentaram em um artigo os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde e até onde a odontologia está na sociedade, e o fato de a prática odontológica ser vista como uma prática excessivamente técnica, quando se fala de prevenção, promoção e atendimento em saúde bucal, por exemplo é necessário estabelecer uma conexão de empatia, mais humanizada entre o profissional e o paciente, que depende diretamente da formação do profissional, em vista das diferenças sociais e das características humanas das pessoas. Os autores abordaram três pontos importantes, como a formação do profissional de Odontologia onde a educação procede às normas e padrões de comportamento considerados “adequados” pela sociedade, de maneira que sempre há uma condição de passividade e subordinação podendo se espelhar no dia a dia de atendimento, o que gera uma odontologia mecanizada. A participação e o controle social frente aos serviços de saúde bucal que é de fundamental pois é através de uma comunicação

efetiva e contínua entre profissionais e sociedade que serão desenvolvidas políticas de saúde realmente resolutivas para promoção e assistência. Já a adequação dos recursos humanos em Odontologia para o Sistema Único de Saúde (SUS) diz mais ainda sobre o cuidado a ter, casando o atendimento com a humanização, que não seja só voltada em quantidade de pacientes atendidos, horas trabalhadas e valores a serem retornados, visto que no geral a prática odontológica detêm inúmeras formas de tratamento, mas sem a análise das origens sociais das doenças. Por fim, concluíram que a odontologia é importante para a saúde brasileira no SUS, dado que a saúde em geral começa pela boca e participação social deve ser fundamental em uma realidade regionalizada, as ações de saúde devem ser pensadas, articuladas e executadas de forma a se aproximar das ideais de universalidade, integralidade e equidade que constituem o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Narvai (2011) exibiu os avanços e problematizações da Política Nacional de Saúde Bucal na virada do século 20 para 21, portanto tudo se iniciou com o conceito de que a saúde começa pela boca coincidindo o senso comum com os conhecimentos científicos, sabendo que a saúde do corpo todo está associada diretamente a saúde bucal. A literatura epidemiológica é firme no reconhecimento dessa associação, que garante que a saúde é um direito de todos, no dia-a-dia das nossas cidades e na zona rural de muitas maneiras diferentes se expressa o quanto as desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas em todo país, e que Política Nacional de Saúde Bucal possa crescer e converter essa realidade de atenção mostrada na 7ª Conferência Nacional de Saúde, o todo de ações que a integram não poderá ficar reservado nem à saúde da família, nem no plano de atenção básica e tampouco na criação das CEO, que embora seja muito importante e uma expansão notável, é preciso dar atenção a forma como a saúde bucal no SUS será dividida, em questão de financiamento, de comprometimento do estado. Concorde-se então que investir nesse lado implica em desenvolver e fortalecer a capacidade de gestão das políticas públicas, da política de saúde e da PNSB, progredir na expansão dos cuidados odontológicos, preconizados pela Saúde Coletiva, tornando real para todos, também em seu componente bucal, o direito humano à saúde.

Brunhauser, et al. (2013) mostraram que durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se de forma afastada do processo de organização dos demais serviços de

saúde, e com o surgimento da Saúde da Família como modelo de atenção reorganizador da Atenção Primária à Saúde, junto a propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, passando a atuar na integralidade da assistência, de modo a tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua realidade socioeconômica e cultural. E além disso, a avaliação em saúde que tem como propósito fundamental dar suporte a todo o processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde. Em razão disso o estudo avaliou o acesso e a satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, comparando usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com usuários de UBSs convencionais de maneira transversal de base populacional em Não me toque- RS que resultou os usuários cobertos pela ESF apresentam uma satisfação maior em algumas dimensões do Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB) em comparação aos usuários cobertos pelas UBSs convencionais. Alguns exemplos a se mencionar, está o alcance de vagas e fichas para o serviço, item no qual os usuários da ESF manifestaram-se mais satisfeitos que os da UBS, confirma o conceito de que o modelo de atenção reorganizador da Atenção Primária de Saúde implantado traz mais satisfação aos usuários, pois o profissional atua no território delimitado, realizando ações dirigidas aos problemas de saúde de acordo com a comunidade onde trabalha.

Segundo o artigo de Scarparo, et al. (2015) o modelo de assistência odontológica estatal foi centrado no atendimento a grupos prioritários crianças em idade escolar e urgências, e gerava um quadro de intensa exclusão do acesso e baixo impacto sobre os índices epidemiológicos de doenças bucais, já na população adulta, o quadro geral era lastimável, isto é, menos de 22% da população adulta apresentava boas condições gengivais, sendo que esta porcentagem, em idosos, diminuía para 10% as bases deste. Logo, foram discutidos esses dados em uma reunião realizada em São Paulo em 2002, resultando no documento intitulado “Fome Zero e boca cheia de dentes”, o qual continha as principais decisões da reunião, um diagnóstico da situação de saúde bucal no país, bem como as ações de saúde bucal que deveriam ser realizadas no âmbito do governo que se iniciava, que apresenta como principal objetivo, a reorganização da prática, bem como a qualificação das ações e serviços ofertados, por meio de uma série de ações em saúde bucal direcionadas aos cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova a Política Nacional

de Saúde Bucal (PNSB) com o Programa Brasil Sorridente (PBS) em 2004. Foi feito um estudo populacional no estado do Rio de Janeiro para avaliar a Política Bucal de Saúde (PBS) no período compreendido entre 2004 e 2010. Então cerca de onze anos após o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, podem ser observados grandes avanços na qualidade e necessidade de aumentar a cobertura dessas equipes, a fim de construir uma rede de cuidados mais ampla, que envolva todos os níveis de atenção, a ampliação do número de Centro de Especialidades Odontológica, principalmente nos municípios de pequeno porte e a ampliação da fluoretação da água de abastecimento. Ressalta-se, ainda, a necessidade de que a Política Nacional de Saúde Bucal seja pensada de forma regionalizada e esteja articulada com as demais políticas públicas, propiciando o desenvolvimento de ações intersetoriais, a superação das desigualdades sociais e o maior acesso às ações e serviços de saúde de forma integral.

De acordo com Scherer e Scherer (2015) em um estudo referente à trajetória brasileira de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal onde em formato de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é o maior programa público de saúde bucal do mundo e completou uma década em 2014. A maioria dos estudos analisados foi publicada a partir de 2008, o que indica o aumento de estudos qualitativos nos últimos anos na área da saúde bucal ao produzir conhecimento a partir da experiência dos profissionais. A literatura sugeriu que esses são dois dos elementos mais frequentemente analisados e que podem contribuir de maneira positiva para melhoria e orientação das políticas públicas, além do significativo aumento de cobertura de atenção à saúde bucal na APS na última década. Mostraram que existem barreiras de acesso que impedem brasileiros dos serviços, que são poucos os avanços na ampliação e qualificação da assistência à população e o processo de trabalho em saúde bucal pode ser afetado pela durável demanda excessiva e predominância de ações curativas, dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema de saúde e de suas práticas. O estudo apontou que a integralidade é incipiente e com fragilidades a trabalho em equipe influencia diretamente a integralidade. Para os profissionais de saúde bucal, a integração no trabalho da equipe de saúde da família está limitada pelo histórico isolamento dessas categorias profissionais, associado à introdução tardia da saúde bucal na ESF e à formação individualista e tecnicista dos

profissionais, apesar do novo cenário normativo, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal, e os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante. São necessários esforços continuados na gestão do trabalho, formação e educação permanente.

Nico, et. al (2017) apontaram por meio de um artigo sob Pesquisa Nacional de Saúde 2013 a situação da Saúde Bucal da população adulta do Brasil, mostrando que os homens, os idosos, os pretos e pardos, os indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, os residentes na área rural e na região nordeste não apresentavam higiene bucal adequada, com dificuldade para se alimentar devido a problemas dentais ou uso de dentaduras ineficientes, antigas ou a ausência da mesma, o quesito comportamental e de auto percepção da condição de saúde dos dentes é mais positivo no sexo feminino, tanto no próprio quanto no da família, a procura pelo serviço de saúde bucal por mulheres também é maior, ficou instituído que o avanço da idade deteve influência na pior autopercepção de saúde bucal. A questão nutricional também entrou em pauta, pois o que auxilia na mastigação e conseqüentemente na nutrição é o número de dentes presentes na cavidade bucal, sendo que uma dentição funcional tem no mínimo a presença de 21 dentes naturais dos indivíduos que perderam 13 ou mais dentes e têm dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar. Jovens e escolaridade são os menos afetados, pois esses tem mais acesso ao serviço odontológico e às medidas de promoção da saúde. Apontaram que alguns dados do Ministério da Saúde entre os anos 1986, 2003 e 2010 apontou que os índices de CPOD diminuíram e OH-D aumentaram concluindo que é uma melhora considerável em relação de dentes funcionais, a presença de flúor na água e no creme dental junto a sistemas preventivos favoreceu essa melhora, assim como os programas de promoção e atendimento em saúde bucal.

Cayetano, et. al (2019) apontaram por meio de um estudo de caso o crescimento e amadurecimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), onde a estrutura está dividida em níveis de atenção promoção, prevenção e tratamento de saúde bucal que ficou a caráter do governo federal assumindo um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados como as eSB com técnicos em saúde bucal, cirurgiões dentistas e auxiliar em saúde bucal, com linhas de planejamento e contribuição financeira para edificação e instalação de centros de atenção secundária e terciária, conjunto de práticas que

fizeram do programa da PNSB o Brasil Sorridente uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo. Segundo os autores na América Latina muitos países possuem políticas públicas de saúde bucal semelhantes ao Brasil, como Chile, Colômbia, Paraguai, Uruguai, logo as experiências acumuladas dessas nações possuem características socioeconômicas e geopolíticas semelhantes, observando o tempo de 14 anos da política Brasil Sorridente, os apanhados demonstram essenciais avanços na saúde bucal brasileira, tanto em relação à promoção aos serviços como no impacto epidemiológico, sendo um modelo inovador e de sucesso, mas é importante dizer que é um processo de construção e que necessita de ampliações para que o Brasil Sorridente seja uma política do Estado, independente de quem esteja no governo e que assim épocas de crise econômica e governamental não abalem as estruturas e diretrizes deste programa. Outro ponto imprescindível são os dados epidemiológicos que afirmam a diminuição de ocorrências de doenças bucais na população, queda do nível de cárie tanto em adultos quanto jovens e crianças e o aumento de componentes obturados medido pelo índice de CPOD, claramente essa melhora não é em toda a população, ainda deixando em evidência a falta de disponibilidade do serviço odontológico em lugares com fragilidade social e econômica, a política do governo é fundamental para o monitoramento das condições epidemiológicas da saúde bucal da população do Brasil, devendo induzir levantamentos e pesquisas avaliativas da qualidade de saúde bucal. A rede de saúde bucal ainda se apresenta de forma inicial e deslocada das outras redes de atenção, mas componentes da rede, como o gradua CEO que tem grande potencial transformador do modelo de atenção à saúde bucal já usado, por que viabiliza a união entre o ensino e serviço público, de modo a trazer as vivências dos estudantes de odontologia para o SUS.

Sousa et. al (2019) mostraram que a autoavaliação da saúde bucal tendia a piorar entre os indivíduos menos escolarizados, com menor renda e pertencentes a classes sociais menos privilegiadas, moradores de regiões economicamente menos desenvolvidas e que se declaram não brancos, logo foi feita uma avaliação da saúde bucal da população adulta brasileira segundo a posição socioeconômica com os seguintes tópicos: região de residência, escolaridade, renda e classe social, estudaram-se 59.758 indivíduos com 18 anos ou mais de idade, que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, um inquérito domiciliar de base populacional assim

como a PNSB, essa avaliação bucal englobava dentes e gengivas e foi analisada como positiva, regular e negativa. A resolução deste estudo mostra que mais de dois terços da população adulta brasileira avalia positivamente sua saúde bucal e que diversos indicadores socioeconômicos podem influenciar esta autoavaliação, dos marcadores considerados, a posição socioeconômica mais desfavorável está associada à percepção mais negativa da saúde bucal, de modo que a renda domiciliar per capita mais baixa, a ausência de escolaridade e o pertencimento à classe social destituída de ativos estão associados a uma pior autoavaliação da saúde bucal. Alguns estudos internacionais que foram comparados a esse estudo, utilizando de inquéritos populacionais com adultos, mostram prevalências diversas de saúde bucal positiva: 83% na Austrália entre 2004-2006 , 81,7% em Toronto/Canadá em 2003, 75% na Suécia em 2012, 68,6% nos Estados Unidos e 69,2% na Inglaterra, contrastando com 35,2% em Istambul, Turquia em 2003, Já os nacionais encontraram prevalências positivas da saúde entre adultos de 60,9% nos moradores de quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro em 2005, 66,8% no Município de Florianópolis, em 2009, 44,2% entre indivíduos de 35-44 anos residentes na Região Sudeste do Brasil em 2003, 36 e 37% entre residentes no nordeste brasileiro em 2010. Ainda que a renda, a escolaridade e a classe social apareçam como fatores socioeconômicos mais relevantes para a autoavaliação da saúde bucal na população adulta brasileira, este estudo reforça a importância de incluir outras variáveis no monitoramento das desigualdades sociais em saúde também contempladas pela OMS, como local de residência, sexo, idade e cor ou raça, uma análise da estratificação social de cor no Brasil destaca haver um contraste marcante em termos de recompensas materiais entre brancos e negros , com reflexos num ciclo acumulativo de desvantagens que afeta a trajetória de vida dos indivíduos negros, colocando-os em posições inferiores na hierarquia social, com repercussões no seu estado de saúde.

Silva et al. (2019) abordaram em um artigo os avanços e o retrocessos dos indicadores de saúde bucal do SUS, realizando uma pesquisa documental baseada em resoluções, portarias e manuais governamentais editados no período analisado de 2007 a 2018, a avaliação da saúde bucal tem como intuito dar suporte para futuras decisões e diretrizes, avaliar problemas e indicar uma saída plausível, com a saúde bucal no sus, isso permitiu analisar a quantidade e a qualidade dos serviços de

saúde bucal prestados, e determinar se são ou não apropriados e suficientes para atender a demanda existente, o que também demonstra se as ações planejadas devem ser melhoradas e alteradas, determinando se o nível de cumprimento dessas ações casam com as reais necessidades do SUS. Após o levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2003 que além de produzir financiamentos para o planejamento e avaliação de ações de saúde bucal revelou os índices de acometimento da cárie dentária na dentição permanente, índices de desordem oclusal e de uso de algum tipo de prótese dental, foi visto que para que houvesse compreensão falta um referencial teórico que aceite a descrição e avaliação sistemática dos vários indicadores para a gestão da saúde bucal, publicados nas diretrizes governamentais para os diferentes serviços de saúde no Brasil, assim como a indisponibilidade de dados necessários para calcular esses indicadores e informações sobre sua fonte. No caso os autores do artigo não tiveram a intenção de somente avaliar se os indicadores em saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde são ideais ou não, para mensurar a qualidade dos serviços e ações de saúde bucal no serviço público, mas comprovar que com o decorrer dos anos, especificamente nos últimos dois anos, houve uma redução drástica do número deles, o que pode comprometer a avaliação em saúde bucal nos municípios, já que os indicadores que verificavam acesso e qualidade nos diferentes ciclos de vida e o cuidado integral foram excluídos dos últimos documentos técnicos do Ministério da Saúde.

De acordo com Barbosa (2020) a saúde bucal como direito do indivíduo veio após a constituição de 1988 com a afirmação da democracia, mas a odontologia já havia se integrado ao movimento da Reforma Sanitária, contribuindo para a viabilização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986, que juntamente com a Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1993 ajudou a delimitar as diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal PNSB que se afirmou em 2004. Na 1ª Conferência ficou certo que a Saúde Bucal é como parte integral e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada a: alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação de cada indivíduo, na conferência seguinte em 1993 a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país aconteceu entendendo a saúde bucal como direito de cidadania e dando início ao começo de um

novo modelo de atenção, os recursos humanos, de financiamento e o controle social da população, além de medidas de promoção de saúde e universalidade do acesso à assistência odontológica. Para Barbosa (2019) a 3ª conferência de Saúde bucal em 2004 veio para trazer a luz as políticas públicas relacionadas a cidadania e inclusão social em diversos setores, se fazendo indispensável uma política municipal e estadual formulada em dialogo e inclusão entre os setores, baseada nas diretrizes do SUS destinada à promoção da saúde, educação e reabilitação. A desagregação ocorrida no processo de construção da cidadania e inclusão social participa de forma mais intensa, a partir do governo Lula em 2003, sendo interrompida em 2016 com a deposição da presidenta Dilma, que busca conduzir o Brasil para um modelo de Estado neoliberal, onde o mercado é a solução e o Estado o lado ruim. O resultado desta política levará às últimas consequências, como: mais concentração de renda, mais pobreza, extinção de direitos previdenciários e trabalhistas, assim como mais lucros para o sistema financeiro. A partir de 2019 é entendido que as políticas sociais deixaram de compor o arco de direitos universais, visto que o governo Bolsonaro adotou a suspensão do investimento social público, ocorrendo através da EC 95 referente ao corte do teto de gastos e a exclusão da saúde e educação dos direitos universais e tomando medidas com de modo a eliminar formas de participação da sociedade, atingindo diretamente a democracia. É importante pontuar que o projeto de lei PL 8131/2017, explicitado pelo Senador Humberto Costa(PT/PE) firma o direito à saúde bucal nas ações do SUS previstas na lei 8080/90, trazendo ao Programa Brasil Sorridente um caráter permanente, de forma concreta na legislação e dever do estado, nesse contexto para os próximos anos a saúde bucal do povo brasileiro não deve nunca deixar de ser um direito essencial garantido pelo governo, em conjunto com o SUS.

Narvai (2020) declarou que após 2016 com o fim do governo de Dilma Rousseff o programa Brasil Sorridente proveniente da Política Nacional de Saúde bucal acabou, visto que foi implementado no governo de Luiz Inácio da Silva em 2003, e esse fim se deu com as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica PNAB que tira a obrigação os líderes estaduais e municipais de promoverem ações de saúde bucal, deixando em liberdade o repasse financeiro do governo federal, e agravando ainda mais, caso não seja revogada a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, apelidada como “EC da Morte” que congela por 20 anos os recursos para o SUS, em como base

o ano de 2016 e pela inflação do ano anterior. O governo sucessor, de Michael Temer efetuou uma diminuição de recursos para a PNSB no período de 2016-2018 substancial, registrando-se um repasse menor do que no período pré Brasil Sorridente de 1995-2002, já o governo de Jair Bolsonaro anunciou valores que pretende alocar à PNSB no período 2019-2022, estima-se que sejam valores próximos da média que foi destinada ao 'Brasil Sorridente' no período 2003-2010, porém naquele ano o país não dispunha com as mais de 26.807 equipes de saúde bucal, fora as CEO, laboratórios regionais de prótese dentária e os odontológicas móveis, que atendem diversos locais carentes de saneamento básico como por exemplo água fluoretada, como Distritos Sanitários Especiais Indígenas e 7 em programas 'Consultórios na Rua', essa diferença da rede física e de pessoal da PNSB carece de mais recursos para o seu financiamento. Dado ao fim do artigo a lei que paralisa os recursos do SUS não havia sido revogada e o autor manteve a afirmação de que o Brasil Sorridente era direcionado por condições políticas diferentes das atuais, resumindo a um programa de odontologia apenas, contudo não desvalorizando sua importância histórica para o desenvolvimento da saúde como um todo no Brasil.

Santos e Barbosa (2020) por meio de uma revisão integrativa colocaram em evidência a situação da qual o Brasil está, em questão do novo vírus SARS-CoV-2, Corona Vírus que surgiu no final do ano de 2019, na província de Hubei, cidade de Wuhan na China Continental. Responsável por causar síndrome respiratória aguda grave que se espalhou de forma eficiente pelo mundo na transmissão entre os humanos e como afetou o serviço da saúde bucal, visto que detecção rápida do COVID-19 é importante para o controle do surto na comunidade e também para os profissionais de saúde que tem contato direto com a cavidade oral, foi frisado que há três formas diferentes de ação do novo coronavírus na saliva, causando a infecção, primeira pela presença do vírus no trato respiratório inferior e superior entrando em contato com a cavidade oral, por meio das gotículas de líquido trocadas por esses órgãos, segunda quando o vírus presente no sangue pode vir a acessar a boca, via fluido do sulco gengival, ou algum exsudato específico da cavidade oral, e a terceira por infecção das glândulas salivares maiores e menores, com possível liberação subsequente de partículas, na saliva, por dutos salivares. Mostrou-se medidas preventivas adotadas para os cirurgiões dentistas seguindo sugestões dos órgãos oficiais e recomendações sancionadas, apenas procedimentos de urgência e

emergência foram liberados no início da pandemia, além da mudança drástica nos EPIS usados e do cuidado redobrado com limpeza de desinfecção, logo esclarece que os cirurgiões-dentistas contribuem diretamente no momento crítico de pandemia, trabalhando clinicamente em ambulatórios públicos ou privados e passaram a usar paramentação de biossegurança, fazer uso de termômetros digitais para aferição de temperatura maior que 37,5°C, indicar testes orais salivares e testes rápidos sorológicos, medidas essas que influenciaram no futuro da prática odontológica.

Lucena et al. (2020) apresentaram um estudo sobre o acesso em saúde bucal na atenção básica, antes e após o início da pandemia do COVID-19 no Brasil, realizando-se um estudo observacional, com delineamento ecológico transversal, que utilizou dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Foram coletados dados referentes ao número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (CobSB), número de Primeiras consultas Odontológicas Programadas (PCOP), e número de atendimentos devido abscesso dento-alveolar e dor de dente. Os dados foram coletados por estado como um consolidado de janeiro a abril de 2019/2020, o Brasil atualmente é considerado o centro da epidemia, o que pode ser atribuído ao fato de que o governo não aderiu totalmente a uma série de medidas de isolamento recomendadas pela OMS. O governo optou por investir principalmente na rede hospitalar, negligenciando o fortalecimento da atenção primária a saúde, o que pode favorecer o colapso do sistema de saúde no país, não atingindo somente os profissionais que prestam a assistência à saúde direta em relação a esse agravo, mas os demais profissionais de saúde e a população que utiliza esse serviço, como o atendimento odontológico. Em conclusão o estudo salientou a redução no número de procedimentos odontológicos de urgência, caracterizados por atendimentos devido a abscessos dento-alveolares e dor de dente, assim, os achados deste estudo evidenciam os primeiros impactos negativos da pandemia sobre o acesso aos serviços públicos de saúde bucal no Brasil, observados mesmo após a ampliação do número de equipes e da cobertura na Atenção Básica, as recomendações de isolamento social fazem alguns indivíduos mostrarem preocupação em sair de casa para procurar o serviço, resultando na redução do número de atendimentos e procura apenas em casos de extrema necessidade. E além de que falta clareza para a população do que seria uma situação

de urgência e emergência odontológica, sendo a dor um sintoma de frequente referência, logo esse fenômeno certamente irá impactar negativamente nos dados epidemiológicos de saúde bucal no Brasil.

O presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas, José Carrijo Brom falou em um debate promovido pela Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), sobre o hoje e o pós covid 19 (2020) (informação verbal)¹, que a área da saúde sofre desde a instauração da Emenda Constitucional nº 95, que estabelece o teto dos gastos públicos e neste momento o esgotamento devido a disseminação do novo coronavírus pontua que a política federal “não ajuda e ataca as medidas necessárias no combate a pandemia”, A fala foi ao encontro da abertura de Altafim (informação verbal)², que determinou o cenário atual de uma “crise econômica agravada pela crise sanitária”. E frisou que não apenas os atendimentos ficam comprometidos com a situação, conforme ressaltou Carrijo, mas também os profissionais precisam ser incluídos neste debate. “A política no que se refere ao trabalhador do SUS não avançou tanto como deveria”, ele afirmou destacando as terceirizações da categoria e a precarização do trabalho. O presidente da Fio lembrou como se deu a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e sua importância. “Houve um aumento substancial de profissionais e, conseqüentemente, a ampliação de serviços”.

Sobrinho, et al (2020) estruturaram um artigo com o intuito de estimar a oferta de serviços de saúde bucal na atenção básica e seus custos no período 2020-2050. Um de estudo quantitativo e prospectivo foi realizado por meio de fontes como a projeção da população brasileira entre o período 2020 a 2060 segundo o IBGE, a cobertura populacional da saúde bucal na atenção básica na série histórica 2004-2018 segundo o Ministério da Saúde, também os valores repassados do governo federal aos municípios para o custeio das equipes de saúde bucal e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo medido pelo IBGE. Foram usados 3 tipos de cenários possíveis a partir de uma comparação com os dados já existentes, O cenário possível favorável traz um previsto o aumento no repasse de recursos, respeitando a vigência da Emenda Constitucional 95/2016, que limita os gastos públicos em 20 anos e condicionou o aumento das despesas federais e repasses à inflação acumulada conforme o IPCA, o crescimento da população coberta pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica estimado em 1% ao ano com base na série histórica

pós-2016, e estimativa para a quantidade de ESB seria crescente nos próximos 30 anos com 38.977 equipes em 2030 seguindo de 47.930 em 2040 e 55.903 em 2050.

Com o cenário possível realista já mostra a manutenção do atual percentual de cobertura pelas equipes de saúde bucal na atenção básica com base em 2018 (40,2%) ao longo dos próximos 30 anos, os valores de repasse do governo acompanhariam para o futuro a tendência da série histórica dos custos informados nas portarias de 2000 a 2019, ou seja, 32,51% de crescimento acumulado em quase 20 anos, ou 1,62% ao ano, o que difere do primeiro cenário, com a manutenção do percentual de cobertura das ESB, considerando o aumento da população brasileira, o número de ESB em 2020 seria de 28.375, em seguida 2030 seria de 30.132, 31.077 em 2040 e 31.213 em 2050. No último cenário vislumbrado, o cenário pessimista plausível, tem-se que ocorra uma diminuição da população coberta pelas equipes de saúde bucal na atenção básica a partir das recentes mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os valores de repasse do governo não sofreriam atualização, a partir da Portaria Nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, referente o que pressupõe a nova PNAB, diferencia a equipe de atenção primária (EAP) da equipe de Saúde da Família (ESF), já que na (EAP) é obrigatório a presença de médicos e enfermeiros, não estando incluído o cirurgião-dentista. Levando em consideração todo esse estudo os autores mostram que para os próximos trinta anos do SUS diante do decréscimo do ideal de cidadania que prevê a saúde universal, consequências alarmantes são esperadas para o futuro, as quais incluem dificuldades de acesso à saúde bucal sobretudo entre os grupos sociais mais necessitados, com possibilidade de retorno a um modelo de atenção já superado, piorando a situação de saúde bucal.

Galvão e Roncalli (2021) analisaram em nível nacional os fatores associados à disponibilidade de serviços odontológicos especializados nos municípios brasileiros, logo que a expansão da atenção secundária em saúde bucal no Brasil representa uma das principais diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que teve como sua principal estratégia a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), onde o funcionamento desses CEO devem ser planejados de acordo com a realidade epidemiológica local e articulado com as equipes de saúde bucal da atenção básica do mesmo, porém os desafios para a efetivação de uma atenção integral e decisória excedem a implantação do serviço. O trabalho avaliou o acesso aos CEO's em nível municipal, com a análise de dados secundários provenientes da fase de avaliação

externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO. Coletaram-se dados referentes a 932 CEO's, com base na dimensão da disponibilidade, como o grau de ajuste que existe entre usuários e o sistema de saúde, podendo ser medido em cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade, comodidade, capacidade aquisitiva e aceitabilidade, sendo a disponibilidade a relação entre quantidade e tipos de procedimentos e serviços oferecidos e quantidade e tipos de necessidades dos usuários. Concluiu que o melhor desempenho quanto à disponibilidade de atenção secundária em saúde bucal esteve associado a municípios com os piores indicadores socioeconômicos e municípios com uma melhor estruturação da rede de atenção em saúde bucal e que todas as especialidades analisadas contribuíram significativamente na composição do resultado final, o que significa que a carga horária e o número de profissionais para as especialidades de endodontia, cirurgia oral, periodontia e pacientes com necessidades especiais explicam a variância do desempenho dos municípios com relação à disponibilidade de serviços odontológicos especializados. Além disto, uma maior cobertura de atenção primária no território onde os centros estão implantados consiste em fator relevante para a integralidade na assistência à saúde bucal, aumentando as chances de continuidade do tratamento odontológico em um nível especializado.

De acordo com Carneiro e Peixoto (2021) houveram mudanças e impactos que a pandemia do COVID-19 levou para o padrão de produções das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Primária à Saúde de Pernambuco, assim realizaram um estudo descritivo e quantitativo, com análise comparativa dos registros de procedimentos odontológicos do ano anterior à pandemia de março de 2019 a março de 2020 e do primeiro ano da pandemia março de 2020 a março de 2021, utilizando dados do sistema de informações ambulatoriais do SUS, visto que o dentista e sua equipe estão entre os profissionais mais expostos a aerossóis, sendo a principal rota de transmissão do SARSCOV2, agente causador da COVID-19 a realização dos procedimentos de rotina diminuiu significativamente em comparação aos anos anteriores (75%), foi visto também que no período de pandemia também foi verificada a maior realização de exodontias do que de procedimentos restauradores, o que indica o prevaletimento da cultura histórica da população em procurar atendimento apenas nos estágios mais avançados das doenças bucais, levando em consideração as notas e portarias do CFO e do CRO e outras entidades que indicavam o destino

das ESB, era aguardado que os procedimentos mais executados no ano de pandemia fossem as ações preventivas e educativas individuais onde houvesse uma maior participação das ESB em coletas para exames laboratoriais, no acolhimento, aferindo pressão arterial dos pacientes, executando testes rápidos, além de uma maior frequência das visitas, consultas domiciliares. Esse o aumento em participação percentual dos procedimentos aconteceu com todos, mas de maneira menor que o esperado, visto que apenas as ações educativas individuais ocorreram mais, então logo que a incorporação da ESB nas Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda é um desafio, a formação dos profissionais de odontologia compactua para que os mesmos escolham por trabalhar somente nas consultas clínicas e raramente se envolver em ações conjuntas com a ESF, com as famílias e a comunidade, o que torna necessário a quebra desse isolamento da ESB e que os profissionais busquem a troca de conhecimentos, o reconhecimento de habilidades e competências de cada membro da ESF participando em conjunto.

Ministério da Saúde (2021) noticiou o atual estado da SB – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal que seria realizada em 2020 mas em decorrência da Pandemia Mundial do COVID-19 foi adiada e reformulada, marcando a continuidade das pesquisas anteriores de 2003 e 2010 o estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira realizado no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB Brasil Sorridente), com a finalidade de reorganizar e reorientar o modelo de atenção à saúde bucal, de acordo com os princípios do SUS. A pesquisa se assemelha à outros levantamentos epidemiológicos que já serviram e ainda servem de base para a formulação do futuro da saúde bucal, como o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana de 1986; Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 - Cárie dental; Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2003; Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2010. O atual levantamento que ocorre do período de 2021 à 2022 por meio de cooperação entre universidades federais como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Coordenação Geral De Saúde Bucal Da Secretaria De Atenção Primária À Saúde Do Ministério Da Saúde (CGSB/SAPS/MS), procurando identificar doenças mais prevalentes, doenças periodontais, doenças provenientes da cárie dentária, traumatismo dental e o grau de impacto na qualidade de vida da população, principalmente após quase 2 anos de pandemia e

distanciamento social, onde os cuidados com a saúde bucal muitas vezes se restringiam à ferramentas disponíveis em casa. A população alvo do levantamento 2021 será composta por brasileiros residentes em domicílios particulares permanentes, localizados em regiões urbanas de todo o território nacional, os entrevistados serão examinados em suas casas, pessoas com idades de 5 anos e de 12 anos, de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Domicílios esses que fazem parte de unidades territoriais definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo escolhido por sorteio realizado pela UFMG, espera-se que a PNSB 2020 seja iniciado em novembro de 2021 respeitando o avanço do processo de vacinação da população brasileira.

4. DISCUSSÃO

De acordo com os levantamentos epidemiológicos históricos e os que pontuam as expectativas para o futuro, é inegável que o programa Brasil Sorridente mudou toda a perspectiva de saúde bucal no Brasil, desde sua instituição em 2004, logo concordando com Junqueira et al. (2004) e Barbosa (2020) partindo da ideia de que a democracia deu a direção para toda essa evolução na saúde bucal e a participação da população nas políticas de saúde como sendo um direito de todos.

As desigualdades sociais estão relacionadas a construção e aos resultados desse processo de construção da Saúde Bucal Brasileira, portanto estou de acordo com Ministério Da Saúde (2010), Scarparo, et al. (2015), Narvai (2011), Sousa et al. (2019), Junqueira et al. (2004) e que a saúde bucal inclina-se a piorar em ambientes economicamente subdesenvolvidos, indivíduos sem nenhuma ou com pouca escolarização, regiões muito afastadas e que se reconhecem não brancos, mostrando a história de um país com dificuldade de acesso a serviços básicos de saúde, transporte público, saneamento básico e educação.

Um método usado para possibilitar transparecer isso foi o de Sousa et. al (2019) que mostrou em seu estudo uma comparação com estudos internacionais de países mais desenvolvidos em quesito de políticas bucais e de renda, onde Austrália, Canadá, Suécia, Estados Unidos e Inglaterra apresentaram índices de saúde bucal positiva superiores a 67% no geral, e no Brasil estados mais abastecidos por infraestrutura como Rio de Janeiro e Florianópolis por exemplo apresentaram números que não passavam de 67% em 2009, e no nordeste inferiores a 40%. Entrando em acordo com Nico, et. al (2017) que também apontou por meio da Pesquisa Nacional de Saúde bucal mostrando que a população adulta, mais especificamente homens, os idosos, os pretos e pardos, os indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, os residentes na área rural e na região nordeste não apresentavam higiene bucal correta, defendendo mais uma vez a ideia de que a desigualdade atrapalha a evolução da Política Nacional de Saúde bucal.

O processo de união entre a odontologia promovida pelo Programa Brasil Sorridente e as políticas de saúde pública e os desafios que ela passou até se estabelecer como importante e segura para a população, Almeida et al. (2010) e Brunhauser et al. (2013), mostraram que na sociedade, era vista como uma profissão

automática e distante das outras políticas de saúde oferecidas pelo SUS, mas com as políticas de atenção primária à saúde reformuladas, criação da Saúde da Família, programas de promoção de saúde fizeram com que, com os anos essa imagem da odontologia na sociedade fosse melhorando fazendo com houvesse uma maior participação da população para com o Cirurgião Dentista. Brunhauser et al. (2013) transpareceu que o acesso e a satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, comparando usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com usuários de UBSs convencionais, ou seja, clínicas especializadas do SUS, onde há profissionais responsáveis e que agem de acordo com a Integralidade, universalidade e equidade, pensando nos pacientes.

Importante pontuar que a trajetória da Saúde Bucal no SUS desde sua criação passou e ainda passa por muitos embates, a reorientação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal PNSB, criação das CEO's, as pesquisas epidemiológicas que vem ganhando importância atualmente. A avaliação da saúde bucal tem esse papel de avaliar as perdas e os ganhos da saúde bucal brasileira, analisar a quantidade e a qualidade dos serviços de saúde bucal prestados, a indisponibilidade de dados necessários para calcular os índices atrapalha a organização de diretrizes para o futuro da odontologia, além de medir as ocorrências de doenças bucais e se a quantidade de clínicas públicas comporta a população (Frazão e Narvai 2009; Silva et al. 2019; Cayetano, et. al 2019; Scherer e Scherer 2015).

Após as conferências Nacionais de Saúde Bucal ficou instituído que a saúde é parte total da saúde geral do indivíduo e que o governo deveria garantir isso, recentemente após 2016 com a crise econômica, impeachment, EC 95 com o congelamento dos recursos do SUS por 20 anos, repasses para a saúde de 2019-2022 menores que o período inicial do Brasil Sorridente o que não cobre nem a metade de CEO's em funcionamento atual no Brasil, além de outras iniciativas do SUS que recebem essa verba, como a reservas indígenas, laboratórios de prótese e odontomoveis espalhados pelo Brasil (Narvai 2020; Barbosa 2020; Silva et al 2019).

Concordando com Narvai (2020) e Silva et. al (2019) o Brasil Sorridente que conhecemos não é mais o mesmo, e o futuro incerto, já que os índices avaliativos de acesso e qualidade vida foram excluídos dos últimos documentos técnicos do Ministério da Saúde.

A disponibilidade de serviços odontológicos especializados atualmente são planejados de acordo com a realidade epidemiológica do local e articulado com as equipes de saúde bucal disponíveis, provenientes de dados das pesquisas, assim como o futuro da Odontologia na atenção básica nos próximos 30 anos depende das políticas tomadas agora, é esperado que o decréscimo da verba e cidadania pelo atual momento do país atrapalhe e muito o acesso a saúde bucal, principalmente dos menos favorecidos (Sobrinho, et al 2020; Galvão e Roncalli 2021).

No ano de 2020 o Brasil foi atingido pela pandemia Global da COVID-19, o que impediu a ocorrência da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2020 um dos principais levantamentos avaliativos das condições da população no quesito saúde bucal, colocando a população em isolamento domiciliar por tempo indeterminado, além de ter modificado o âmbito de saúde muito que provável por muitos anos, doença respiratória grave com transmissão eficiente afetando os profissionais de saúde que tem contato direto com a cavidade oral, saliva, ou aerossol com fluidos, aumentando a atenção com a biossegurança.

O depois da pandemia no âmbito de saúde coletiva mostrou que governo fez investimentos principalmente na rede hospitalar, lembrando que que a área da saúde sofre perdas desde a instauração da Emenda Constitucional nº 95, não atendendo a atenção primária a saúde podendo ter aumentado os problemas do sistema de saúde no país, resumindo os procedimentos odontológicos em emergências (Santos e Barbosa 2020; Lucena et al. 2020; presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas, José Carrijo Brom 2020).

Os profissionais da odontologia foram os que menos foram contaminados pela COVID-19, graças ao uso de EPI, mas em contra partida trabalharam com maior limitação e tiveram o fluxo de atendimentos reduzido, Carneiro e Peixoto (2021) salientou que em 2020 a março de 2021 os procedimentos de rotina diminuíram em comparação aos anos anteriores 75%, depois de 2 anos de pandemia a pesquisa nacional de saúde bucal trará resultados mais conclusivos quanto a condição de saúde bucal, ocorrendo no período de 2021/2022 (Ministério Da Saúde 2021; Carneiro e Peixoto 2021).

Desta forma podemos concluir que a Política Nacional de Saúde Bucal com o Brasil Sorridente não é conhecida em todo mundo atoa, progrediu muito desde sua

criação, mesmo sofrendo com trocas de governos, cortes na saúde e até mesmo pandemias globais, o presente mostra que com comprometimento do governo em financiamento, em ações de promoção, prevenção e atendimento a cerca de saúde bucal, a atenção á pesquisas epidemiológicas com a intenção de planejamento para futuras diretrizes.

5. CONCLUSÃO

Com base na literatura pesquisada, concluí que:

A saúde bucal brasileira só veio a avançar com instituição do SUS e logo após Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em conjunto com o programa Brasil Sorridente, desde então quase 20 anos depois muitos resultados foram alcançados, como a ampliação do acesso aos cuidados odontológicos de milhares de brasileiros, a melhoria das condições de saúde bucal dos idosos, e a redução da prevalência de cárie em crianças. Existe uma desigualdade significativa entre os municípios no que quer dizer à capacidade de captação de recursos, execução das políticas de saúde e manutenção dos serviços, o percentual de repasse do governo federal para a saúde bucal deveria garantir a demanda da população, isto é, com os anos o número de CEO's e clínicas populares com atendimento odontológico UBS aumentaram muito e a oferta de subsídio dado pelo governo deveria acompanhar.

O futuro da saúde bucal no Brasil é incerto, diante do fato do Brasil e o mundo estarem passando por uma crise econômica, hídrica e política, além de serem atingidos por uma pandemia global, o custeio de todos esses itens por parte do governo é cada vez mais difícil de assegurar a população, por isso é importante o constante estudo da situação da saúde bucal no país, para que dados importantes para o futuro não sejam apagados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília:OPAS; 2018.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF;2004.

Junqueira S R, Frias A C, Zilbovicius C. **SAÚDE BUCAL COLETIVA: quadros social, epidemiológico e político.** São Paulo: Artes Médicas, 2004.

Frazão P, Narvai P C. **Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública.** vol. 33. Nº 81. Rio de Janeiro. 2009, pp. 64-71.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Brasília, dez. 2010.

Almeida AB, Alves MA, Leite ICG. **Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, nº 1, p. 126-132, 2010.

Narvai, P C. **Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.** Rev Tempus Actas Saúde Coletiva, p. 21-34. 2011.

Brunhauser A L, Magroll M L, Neves M. **Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo.** Vol 18. Nº1. Passo Fundo Jan./Abr. 2013.

Scherer C I, Scherer M D A. **Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente.** Rev Saúde Pública. Universidade de Brasília, 2015.

Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG. **Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal-Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. 2015.

Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Júnior G AP, Peres MA. **Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília. 2017.

Sousa JL, Silva AHZP, Silva MSS. **Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde**. Cad. Saúde Pública vol.35. Universidade de São Paulo. 2019.

Cayetano MH, Carrer FC, Gabriel M, Martins FC, Pucca Jr. GA. **Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro**. Univ Odontol. 2019.

Barbosa SN. **Reflexões sobre democracia, SUS e saúde bucal como direito**. Tempus – Actas De Saúde Coletiva, 13(3), Pág. 169-181. 2020.

Silva ROC, Graziani G F, Ditterich, R G. **Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no brasil**. Tempus: Actas De Saúde Coletiva, 14(1), Pág. 65-75. 2020.

Narvai P C. **Ocaso do ‘brasil sorridente’ e perspectivas da política nacional de saúde bucal em meados do século xxi**. Tempus: Actas De Saúde Coletiva, 14(1), Pág. 175-187. 2020.

Lucena E H G , Freire A R, Freire D E W G, Araújo E C F, Lira G N W, Brito A C M, et al. **Acesso à saúde bucal na atenção primária antes e depois do início da pandemia COVID-19 no Brasil**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 19 jun 2020. Ciências da Saúde: 1-11.

CNTU Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários **Regulamentados. Saúde bucal e SUS hoje e pós-pandemia.** [publicação na web]; 2020. acesso em 14 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.cntu.org.br/new/noticias-lista/5692-saude-bucal-e-sus-hoje-e-pos-pandemia>.

¹ Notícia fornecida pelo presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas, José Carrijo Brom em debate, em 09 jun 2020.

² C. Altafim. [Opinião sobre a saúde bucal e SUS hoje e pós-pandemia]. Marília: debate online promovido pela Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) em 09 jun 2020.

Sobrinho J E L, Rossi T R A, Martelli P J L, Lima S C. **Qual será a oferta de serviços de saúde bucal e estimativa de repasses para a atenção básica nos próximos 30 anos? Um estudo de prospecção.** Vol 14. Brasília. Tempuc: Actas De Saúde Coletiva, 2020.

Santos K F, Barbosa M. **COVID-19 e a Odontologia na prática atual.** Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020. [acesso 04 outubro de 2021]; Vol.12(11): [9/9]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5113/3256>.

Galvão M H R, Roncalli A G. **Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal.** Cad. Saúde Pública vol.37 no.1 Rio de Janeiro. 2021.

Carneiro C D A, Peixoto S S. **Impactos da COVID-19 nas produções das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento: 1-7. Vol 10, nº 12. 2021.

Ministério da Saúde. SB Brasil 2020 (vigência 2021-2022). Portal da Secretaria de Atenção Primária em Saúde. [Internet]. 02 set 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/sbbrasil2020>.

Autorizo a reprodução parcial ou total desse trabalho para efeitos exclusivamente de pesquisa.

Marina Peixoto da Siva