

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

série técnica

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL:
REGISTRO DE UMA CONQUISTA HISTÓRICA**

11

**BRASÍLIA-DF
2006**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL: REGISTRO DE UMA CONQUISTA HISTÓRICA

ORGANIZAÇÃO

José Felipe Riani Costa
Odontólogo, especialista em Saúde Coletiva, assessor técnico da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Luciana de Deus Chagas
Odontóloga, especialista em Saúde Pública, mestranda em Ciência da Informação/UnB, consultora da Organização Pan-Americana da Saúde - Brasil

Rosa Maria Silvestre
Odontóloga, especialista em Saúde Pública, consultora da Organização Pan-Americana da Saúde - Brasil

Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11

BRASÍLIA-DF
2006

Organização Pan-Americana da Saúde - Opas/OMS
Representação no Brasil
Horácio Toro Ocampo
<http://www.opas.org.br>

Ministério da Saúde do Brasil
Ministro
José Saraiva Felipe
<http://www.saude.gov.br>

Unidade Técnica de Desenvolvimento de
Sistemas e Serviços de Saúde/Opas
Gerente da Unidade Técnica
Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Secretaria de Atenção à Saúde
Secretário
José Gomes Temporão

Equipe técnica Opas
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre

Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Coordenador
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
www.saude.gov.br/bucal

Equipe técnica do Ministério da Saúde
Alexandre Raphael Deitos
Andréia Gimenez Nonato
Francisco Edilberto Gomes Bonfim
Izabeth Cristina Campos da Silva Farias
Janaína Rodrigues Cardoso
José Felipe Riani Costa
Lívia Maria Benevides de Almeida
Márcio Ribeiro Guimarães

Colaboração: Idiana Luvison

Normalização: Fernanda Nahuz

Revisão: Rejane de Meneses e Yana Palankof

Editoração: Formatos design gráfico

Tiragem: 1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da
Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

67 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11)

ISBN:

1. Políticas de Saúde. 2. Saúde Bucal. I. Costa, José Felipe Riani. Chagas, Luciana de Deus. Silvestre, Rosa Maria. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Brasil. Ministério da Saúde. V. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.

NLM: WU113

2006 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICO 3.1 - MÉDIAS DE CPO-D E PARTICIPAÇÃO DOS COMPONENTES DE ACORDO COM A IDADE. BRASIL, 1986	33
GRÁFICO 3.2 - MÉDIAS E INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DE ACORDO COM A IDADE. BRASIL, 1996.....	35
GRÁFICO 3.3 - MÉDIAS DE CPO-D E PARTICIPAÇÃO DOS COMPONENTES DE ACORDO COM A IDADE. BRASIL, 2003	38
GRÁFICO 4.1 - ESB IMPLANTADAS. BRASIL, 2001 - DEZEMBRO/2005.....	45
GRÁFICO 4.2 - COBERTURA POPULACIONAL DAS ESB. BRASIL, DEZEMBRO/2002 - DEZEMBRO/2005	46
GRÁFICO 4.3 - PROPORÇÃO ENTRE ESF E ESB. BRASIL, DEZEMBRO/2005.....	46
GRÁFICO 4.4 - RECURSOS FEDERAIS INVESTIDOS EM SAÚDE BUCAL. BRASIL, 2002 - 2006 ...	50
QUADRO 3.1 - DADOS DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL. BRASIL, 1986.....	34
QUADRO 3.2 - DADOS DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL. BRASIL, 1996.....	36
QUADRO 3.3 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO PROJETO SB BRASIL.....	37
QUADRO 3.4 - DADOS DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL. BRASIL, 2003.....	40
TABELA 3.1 - COMPARAÇÃO ENTRE AS METAS DA OMS PARA O ANO 2000 E OS RESULTADOS DO SB BRASIL, 2003.....	39
TABELA 4.1 - CEO IMPLANTADOS. BRASIL, 2005	49
MAPA 4.1 - SITUAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE BUCAL E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. BRASIL, DEZEMBRO/2005	47

SUMÁRIO

PREFÁCIO DA OPAS.....	9
PREFÁCIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	11
APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO	15
1.1. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	18
CAPÍTULO 2	
A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL	25
2.1. 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (1ª CNSB)	26
2.2. 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (2ª CNSB)	27
2.3. 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (3ª CNSB)	29
CAPÍTULO 3	
O RETRATO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: OS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS	31
3.1. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL (1986).....	32
3.2. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL (1996).....	34
3.3. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL (2003).....	36
CAPÍTULO 4	
A SAÚDE BUCAL NA ATUALIDADE: A POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE.....	41
4.1. A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	42
4.2. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS	48
4.3. FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO	49
4.4. INVESTIMENTOS NO BRASIL SORRIDENTE.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXO	
DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL - BRASÍLIA, JANEIRO DE 2004	55

PREFÁCIO DA OPAS

A proposta da Política de Saúde Bucal do Brasil, em coincidência com o fortalecimento dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, tem demandado sua sistematização e difusão entre os interessados em saúde pública nas Américas.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), potencializar esforços dirigidos à melhoria do acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades significa trabalhar plenamente no apoio às políticas e aos esforços internacionais para melhorar a qualidade de vida da população.

Nesse sentido, a Opas vem acompanhando as iniciativas brasileiras de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade, que permitam mudanças no nível de saúde bucal de sua população, com reflexos positivos em sua saúde geral.

Embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção, é sumamente destacável o avanço deste setor em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços no país. Por isso, a Organização tem grande prazer em apoiar a Política de Saúde Bucal, pois considera que esta experiência tem importante valor no fortalecimento de iniciativas de melhoria dos sistemas e dos serviços de saúde bucal não só no Brasil, mas nos demais países das Américas.

Horácio Toro Ocampo
Representante da Opas/Brasil

PREFÁCIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

À luz de diversas experiências, mudanças e inovações nos aspectos de gestão, organização e financiamento dos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro busca responder aos princípios de universalização, equidade, integralidade e participação social, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Destacam-se as ações voltadas para a construção de um eixo articulador que fortaleça a capacidade de equacionar problemas comuns e aproxime a população das definições efetivas de melhoria de sua qualidade de vida.

Nesse contexto, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

Entendendo a dimensão do desafio a ser enfrentado, o Ministério da Saúde do Brasil vem atuando na ampliação do atendimento e na melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, ampliando o acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário na área de saúde bucal. O princípio constitucional da intersetorialidade norteia ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e de humanização das práticas.

Foi com o intuito de destacar a evolução histórica da Política Brasil Sorridente e localizá-la no contexto da reforma do sistema de saúde e da atenção primária que esta publicação foi elaborada. Trata-se, pois, de resgatar sua construção a fim de que esta experiência possa ser documentada e difundida no palco da saúde pública nacional e internacional.

A publicação *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica* tem, portanto, o objetivo maior de explicitar todos os principais fatos que fizeram parte dessa conquista da saúde bucal no cenário sanitário brasileiro. Ao coletivizar tal realidade no país, espera-se ter mais proximidade da percepção brasileira e dos outros países das Américas e, assim, poder ampliar a discussão sobre o tema.

José Saraiva Felipe
Ministro de Estado da Saúde

APRESENTAÇÃO

A saúde bucal refletiu, ao longo de anos de atuação, a reprodução de práticas hegemônicas de assistência à saúde, com pouca capacidade de equacionar os principais problemas da população. Com o objetivo de reverter a situação precária vivida por essa população, limitada em seu exercício de cidadania durante décadas, foi proposta a Política de Saúde Bucal do Brasil, a qual tem trazido resultados favoráveis e visíveis em prol da melhoria das condições de vida.

No período que antecedeu a concretização dessa Política, aconteceram vários movimentos mobilizados por profissionais da área, comprometidos com a mudança do panorama até então existente, além da própria sociedade, que se tornou mais atuante e exigente de seus direitos. Resultados desse processo estão presentes em todo o território nacional, reforçando que a decisão de ampliar o acesso, a qualidade e propiciar a integralidade dos serviços de saúde bucal é o caminho correto para a redução da desigualdade no país.

Nesse sentido, a Política do Brasil Sorridente surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros, tornando possível a realização de ações conjuntas, uma vez que demandas de saúde bucal e doenças sistêmicas não possuem fronteiras e propiciar saúde bucal significa propiciar saúde geral.

Entendendo a dimensão do desafio a ser enfrentado, o Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, vem promover a socialização do registro de todo o processo de construção da Política de Saúde Bucal no intuito de fazer com que toda a população tome conhecimento e faça parte dessa conquista, conscientizando-se de seu importante papel na continuidade desse processo.

A elaboração desta publicação, portanto, buscou incorporar registros preexistentes de momentos históricos, bem como estudos já realizados sobre a situação da saúde bucal nos diferentes momentos políticos brasileiros. O objetivo foi sistematizar uma leitura que pudesse oferecer o panorama de construção da Política Brasil Sorridente, sendo consultados, para isso, alguns dos principais autores da área, referenciados ao final do texto.

Espera-se poder compartilhar essa conquista histórica, chamando a todos para um comprometimento com o alcance da eficiência e a conquista da saúde bucal e da qualidade de vida como um direito cidadão.

Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Coordenador Nacional de Saúde Bucal

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A saúde bucal está intimamente associada à evolução das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira, e às tendências norte-americanas de organização do serviço na área. Ou seja, para compreendê-la, é necessário resgatar tanto o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil quanto a forma como os Estados Unidos influenciaram no planejamento das ações de odontologia no país.

Historicamente, movimentos de transformação das práticas sanitárias acontecem em decorrência da forma como o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população. Dessa forma, o campo da saúde molda-se aos contextos sócio-político-culturais de cada época. Essa afirmação de Paim e Almeida Filho (1998) é exemplificada pelo marco da Proclamação da República no Brasil, em 1889, quando se inaugura um padrão de articulação da formação social brasileira com sociedades capitalistas avançadas, no qual se reforça a economia exportadora capitalista do café e, paralelamente, a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. Isso significa uma organização sanitária baseada na consolidação da inserção da economia brasileira no quadro do capitalismo mundial.

As práticas sanitárias daquela época visavam, fundamentalmente, ao controle do conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas no espaço da cidade e de outras áreas do campo. Seu objetivo, ao contrário de proteger a totalidade dos habitantes do país ou recuperar a saúde dos homens, foi, basicamente, utilitário, sendo definido por interesses de grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional (COSTA, 1986). A saúde pública, então, instrumentaliza-se para combater os entraves que certas enfermidades antepunham ao desenvolvimento da produção. A partir daí, inicia-se a criação de modelos institucionais de prática sanitária orientados pelos mais avançados conhecimentos desenvolvidos no campo médico-sanitário nos países capitalistas centrais (como a Alemanha e a França, na Europa, e os Estados Unidos, na América do Norte) com base nas descobertas da microbiologia e da bacteriologia.

Em meados da década de 1910, a população urbana ficou ameaçada pela carestia, pelo aumento da miséria e pelo agravamento das condições de habitação e de transporte. A crise social tornou-se muito pronunciada, e a ocorrência da epidemia da gripe espanhola, em 1918, causou profunda crise sanitária em razão das penosas condições em que se realizaram a industrialização e a urbanização do país (COSTA, 1986). Essa situação marca o início de um processo social de mudança no qual a economia do Brasil, antes voltada para o saneamento do espaço de circulação das mercadorias, por meio de medidas vacinais em massa, passa a caracterizar-se, a partir de 1920, como uma economia industrial, com a atenção voltada ao indivíduo, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (MENDES, 1994).

O período de 1930 a 1945, conforme comentado por Mendes (1994), constitui o início da previdência social brasileira, em que prevalece a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais. A assistência médica, nessa época, passa a ser secundária e provisória. Com o avanço do processo de industrialização vivido a partir de 1950, houve um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Dessa forma, os IAPs foram concentrados e substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, visando à uniformização dos benefícios.

Essa situação configurou um quadro de exclusão, de desigualdade e de poucos recursos, pois apenas os trabalhadores do comércio, da indústria e da agropecuária contribuíam e tinham direito à saúde. Ocasionalmente, também, em 1977, a hegemonia do modelo médico-assistencial, resultando no financiamento pelo Estado do setor privado nacional, que oferecia a parte médica, e do setor privado internacional, que oferecia equipamentos, o que reforçou a geração de uma universalização excludente, com a expansão do sistema de saúde acompanhada da exclusão de indivíduos das camadas médias e do operariado, que não se enquadravam nos setores citados. A visão predominante nesse quadro é a curativa, individual, médico-hospitalar e centralizada. Com o problema da exclusão de grande parte da população, em 1978, foi evidenciada a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a idéia da medicina simplificada para populações marginalizadas, preconizada por movimentos contra-hegemônicos, formados após a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata.

O processo de redemocratização do país ocorreu após esse período de profunda crise econômica e da previdência social (MENDES, 1994).

Foi com uma idéia mais abrangente de saúde que se concretizou o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguindo a Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como um de seus princípios a universalização da saúde como forma de superar o déficit de oferta de saúde à população (WERNECK, 1998). A questão da reforma sanitária e a de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuíram para transformar a política de saúde. Elas exigiram uma mudança estrutural e uma política social capaz de liquidar a “dívida social histórica”. Com a Constituição de 1988, houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (LUZ, 1991).

Esses instrumentos definiram um conceito ampliado de saúde e apontaram para as estratégias de organização e controle das ações e dos serviços de saúde, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que eram considerados determinantes do estado de saúde da população. Constituíram, ainda, o arcabouço legal de sustentação do SUS, significando, em última análise, a responsabilização do Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela atenção à saúde da população, objetivando a descentralização, a regionalização e a hierarquização (WERNECK, 1994).

Inserido no contexto geral das políticas públicas, o subsetor da saúde bucal viveu um processo de institucionalização e um estágio de participação na arena política semelhantes àqueles pelos quais passou a medicina. Por isso, tem refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas na arena política. Essa participação pode ser percebida quando, com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 e para as prefeituras e as assembleias legislativas em 1988, dentistas comprometidos com a nova realidade proposta para a área da saúde conseguem se inserir nas coordenações municipais e estaduais desse novo contexto político (SERRA, 1998).

■ 1.1. A institucionalização da saúde bucal no Brasil

Conforme mostrado na seção anterior, a consolidação dos Estados Unidos (EUA) como potência no início do século XX teve como consequência o deslocamento da atenção às práticas odontológicas realizadas por países europeus para aquelas realizadas por esse país. Destaca-se a prática odontológica do setor privado, que seguia os padrões assistenciais da medicina e reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana, adotado nas universidades brasileiras. Essa prática, caracterizada como cientificista ou flexneriana, privilegiava o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde. Serra (1998) afirma que

Os outros elementos estruturais ou ideológicos dessa prática odontológica, de acordo com Mendes, apud Narvai (1994) eram o biologicismo (excluía a causa social), mecanicismo (analogia do corpo com a máquina), centralização de recursos (hospitais centrais, atenção urbanocêntrica), especialização (fracionamento do conhecimento), tecnificação do ato (associação da qualidade à tecnologia de alta sofisticação), ênfase na prática curativa (a cura incorporou mais tecnologia, maior custo) e exclusão de práticas alternativas (refutação *a priori* de outros métodos).

Uma outra influência dos EUA aconteceu em relação às ações de assistência pública, refletida na disseminação da política de higiene, da qual se derivou a higiene escolar (SCHLOSMAN, 1989), tendo como reflexo a entrada da odontologia nas escolas, seguindo os passos, alguns anos depois, da medicina (STARR, 1994). Propostas em torno da saúde escolar foram encontradas, no Brasil, a partir de meados do século XIX, e, em 1889, surgiu o primeiro decreto sobre higiene escolar, regulamentando a inspetoria dos estabelecimentos públicos e privados de ensino para identificar e propor a exclusão do aluno que sofresse de moléstia transmissível, revacinar alunos e tratar daqueles que não podiam ter em seu domicílio tratamento adequado (BARBOSA apud LIMA, 1985). Os primeiros passos para a institucionalização da higiene escolar no país estiveram diretamente ligados a idéias e nomes de intelectuais brasileiros que propunham modernizar a sociedade nos moldes europeus e americanos. Além disso, era preciso educar e moralizar, para que novos hábitos de higiene reduzissem diarreias, mortalidade infantil, alcoolismo, tuberculose e sífilis. Essas idéias estavam vinculadas à luta pela reforma da República e pela modernização do país (CARVALHO e LOUREIRO, 1997).

Paralelamente, a odontologia insere-se na assistência pública, quando, em 1912, acontece a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (CARVALHO e LOUREIRO, 1997). A partir desse marco, nota-se que o atendimento escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era, preponderantemente, de prática privada, cobrindo a maior parte da população, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. Ou seja, a previdência social, ainda incipiente, prestava, em caráter complementar, assistência odontológica e médica para suas populações cativas, enquanto o Ministério da Saúde se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente. Algumas populações, como aquelas na zona da borracha, eram assistidas por Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp). Esse fato caracterizou a dicotomia histórica das instituições públicas de atenção à saúde: previdência *versus* saúde pública. Anos mais tarde, alguns institutos de previdência passaram a ter serviços próprios, com um modelo baseado na livre demanda. A assistência planejada, voltada para os escolares, introduzida pelo Sesp no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (SERRA, 1998).

Com um grande número de doenças acumuladas e com o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, surge a proposta do sistema produtivista, com o objetivo de resolver essa demanda. Contudo, esse sistema apresentou baixa resolutividade, além de um alto custo, embora houvesse ampliação da produtividade. Na tentativa de se reduzir gastos, houve uma fragmentação das tarefas (influenciada pelo taylorismo), traduzida na odontologia simplificada. O reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade de serviços para controlá-las deu origem ao sistema preventivista, cuja atenção era voltada para os mais jovens. Da aplicação da simplificação na população mais jovem, ainda livre de cárie, surge a odontologia integral, que usa a lógica do modelo

preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens e, portanto, excludente, e a lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (NARVAI, 1994).

A lógica do sistema incremental passa a prever a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens, constituindo-se, portanto, no momento ideal para intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como consequência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (PINTO, 1993). A justificativa para a aplicação desse modelo e para dar continuidade à prática odontológica em escolares partiu da seguinte afirmação: prevenindo a cárie na infância, as pessoas estarão protegidas na vida adulta (SHEIHAM, 1992). A tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo do sistema incremental americano de atenção às minorias, de forma acrítica - sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois países, principalmente porque os problemas eram gerais e não focais como nos Estados Unidos - resultou que este sistema não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava, exclusivamente, para a população-alvo e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer. Daí seu caráter excludente (NARVAI, 1994). Mais que isso, a odontologia parece ter seguido uma rota enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra, distinta e não paralela, tendo como consequência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica de um sistema de exclusão (PINTO, 1993).

Esse breve histórico da institucionalização da odontologia demonstra o motivo pelo qual a atenção à saúde na área é predominante nos escolares do ensino fundamental. Esse pensamento permitiu que o sistema incremental fosse aplicado durante quatro décadas, repetindo as atividades de dar somente atendimento de urgência aos adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de recursos humanos pouco preparados para atuar no serviço público e pelo planejamento restrito ao caráter normativo (pela inexistência de integração com os demais setores). Esse sistema, assentado na base populacional de maior facilidade administrativa e de controle para o serviço, que é a população infantil, regularmente matriculada no ensino fundamental da rede pública

de ensino, não permite a inclusão no programa de toda a população compreendida na faixa etária escolar de 6 a 14 anos. Além disso, outras faixas etárias foram esquecidas ou timidamente assistidas pelos demais programas do setor. Pode-se observar que esses programas, nos serviços públicos, se pautaram pela reprodução da prática liberal da odontologia. Assim, esta prática caracterizou-se pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador/restaurador e da baixíssima resolutividade (WERNECK, 1994).

Nos anos 1990, o espaço escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar (CARVALHO e LOUREIRO, 1997).

De acordo com Zanetti (1996), algumas linhas de ações programáticas podem ser destacadas no período anterior e posterior à Reforma Sanitária segundo critérios de risco. Essas ações representam algumas aplicações práticas de trabalhos de linha mais universal.

A primeira dessas linhas refere-se à programação centrada em unidades básicas de saúde, havendo registro de que aconteceram mesmo antes da proposta de Reforma Sanitária. Como exemplo, cita-se a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, com uma experiência de programar normativa e centralizadamente, tomando como referencial as clínicas odontológicas das unidades de saúde. Com o avanço da construção do SUS, destacam-se as experiências de São Paulo-SP, Santos-SP, Diadema-SP, Ipatinga-MG, Belo Horizonte-MG, dentre outras. Esse movimento de “saída das escolas” serviu para evidenciar que, se o espaço tradicional das práticas em saúde bucal não consegue resistir às movimentações dos novos tempos, muito menos os demais elementos de programação, tais como: os mecanismos de garantia de acesso, os instrumentos de programação, a natureza das práticas, a dinâmica de formulação, implementação, execução controle e avaliação, bem como o próprio processo de programação em saúde bucal globalmente considerado.

Em Belo Horizonte-MG foi usada a segunda linha, por meio da formulação do Programa de Inversão, com o surgimento da programação com ênfase preventiva total. Essa proposta fez com que a atenção curativa clássica e eminentemente restauradora perdesse a centralidade programática para a então concebida atenção curativa “adequadora”.

Nesta, a finalidade maior do ato curativo passa a ser a busca da estabilização do “meio bucal” dos usuários dos serviços, promovida mediante a remoção dos processos infecciosos existentes, a fim de criar, no mínimo, condições biológicas para maior eficácia da aplicação dos métodos preventivos conjugados. Criam-se assim condições para a redução drástica da incidência (casos novos) de cárie, o que possibilita, para além do precioso impacto epidemiológico, tornar exequível o atendimento restaurador definitivo e a ampliação da cobertura.

A Inversão conseguiu fazer com que a limitada atenção curativa assumisse o caráter preventivo avançado, integralizando cada vez mais a prática clínica. Contudo, não potencializou a participação social ampliada e o controle social. Além disso, a proposta da Inversão não apresentou soluções mais orgânicas e potencializadoras dos processos de politização sanitária historicamente pretendidos e mais ousados em termos de construção de Sistemas Locais de Saúde no SUS.

O desenvolvimento de uma programação com ênfase promocional caracterizou a terceira linha, em decorrência das tentativas de se inserir a saúde bucal coletiva nos Programas de Saúde da Família (PSF). A formação do Distrito Sanitário no extremo sul da região metropolitana de Curitiba foi exemplo que se tornou nacionalmente conhecido em 1995, quando a saúde bucal coletiva passou a fazer parte das atividades promocionais intradomiciliares e a se utilizar dessas atividades para definir quem recebe atenção (utilizando critérios de risco), bem como para organizar o fluxo de acesso à unidade básica de saúde, onde são desenvolvidas as ações preventivo-promocionais e curativas de inversão.

A maior crítica a esse modelo promissor é feita em função de ainda existir uma concentração da atenção preventiva no espaço limitado da unidade de saúde, bem como a falta de mecanismos que articulem o atendimento curativo às ações preventivo-promocionais realizadas com a família, potencializando-as. A experiência docente-assistencial desenvolvida nas atividades do curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da UnB, realizadas na cidade-satélite do Paranoá-DF, em que se organizou uma prática visitadora de vizinhança não só com ações promocionais, mas também com ações preventivas intradomiciliares rotineiras, é um outro exemplo a ser mencionado, ainda que tais ações estejam afastadas da assistência rotineira da rede de serviços, o que dificulta pensar numa atenção curativa em novas bases assistenciais mais eficientes, mais resolutivas, mais baratas, de alto valor agregado e mais humanizadas.

A quarta linha programática diz respeito aos programas de vigilância da qualidade da fluoretação das águas de abastecimento público. Os primeiros programas de vigilância

por princípio de “heterocontrole”, e não por formalidade, vão surgir em São Paulo-SP e em Santos-SP nos governos democráticos e populares eleitos em 1988, com o objetivo de monitorar a qualidade da fluoretação oferecida pela companhia estadual que servia a ambas as cidades. Essa idéia original disseminou-se pelo país. Entretanto, a exemplo do SUS de Santos-SP, para que a comunicação sobre a qualidade da fluoretação das águas seja realizada, são necessárias iniciativas internas dos aparelhos de Estado. Conseqüentemente, tais iniciativas estão sujeitas às desarticulações por razões político-partidárias. Uma proposta para minimizar tal fragilidade seria desenvolver as bases políticas desses programas. É o caso de se buscar realizar comunitariamente a coleta das amostras de água, mesmo que tecnicamente isso não se justifique, buscando-se com isso envolver progressivamente não só os conselheiros locais de saúde, mas também outros atores sociais. Assim, a curiosidade e as informações sobre a qualidade da fluoretação poderão ser disseminadas, aumentando o controle social e, conseqüentemente, a base política de sustentação para esse tipo de programa.

Garrafa (1994) afirma que, apesar de a odontologia haver chegado ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais freqüentes da área estomatológica (especialmente a cárie e a doença periodontal), bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela. Ainda assim, a criação do Sistema Único de Saúde trouxe um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Como resultado, a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas que, em alguns aspectos, romperam com o modelo de programação proposto pelo Sesp (ZANETTI et al., 1996).

CAPÍTULO 2

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL

Participação é um dos elementos articuladores das políticas públicas no Brasil democrático. A Constituição de 1988 estabeleceu princípios participativos na organização do Estado brasileiro, destacando-se, entre eles, a participação da sociedade civil na deliberação sobre as políticas públicas relacionadas à saúde (PNUD, 2004). Juntamente com o controle social, é parte essencial de um governo baseado na democracia, pois é por meio dela que a população determina as linhas gerais a serem seguidas e fiscaliza o trabalho do Estado na busca do bem comum.

Dessa forma, para que o sistema de saúde brasileiro fosse implantado, deveria estar incluído o funcionamento regular de conselhos de saúde e a realização, a cada quatro anos, de conferências de saúde nos três níveis de governo, como instâncias para o exercício da participação e do controle social. Atualmente, em 99% dos municípios e em todos os estados já estão criados os conselhos de saúde, dos quais participam usuários (50% dos integrantes dos conselhos e conferências), trabalhadores em saúde, prestadores e gestores públicos (OPAS, 2005).

Nesse contexto, o objetivo básico das conferências é realizar um balanço geral da situação de saúde, evidenciando erros e acertos e, sobretudo, alcançar um consenso sobre medidas e normas de ação que resultem na solução dos problemas que afligem a população. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) do Brasil acumulam seis décadas de debates e propostas de saúde pública, com ampla participação de vários ministérios, representantes do Congresso, responsáveis pela saúde nas esferas federal, estadual e municipal, representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs) e da comunidade. Essas conferências constituem-se em fóruns de debate, contando sempre com ampla participação e aprovação de informes finais submetidos ao debate nacional. Foi nesse processo que a condução do “movimento sanitário” cresceu e ganhou consistência, avançando na produção de conhecimento, na crítica à saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população. Sua importância política foi reconhecida e suas propostas conquistaram espaço de expressão na melhoria da qualidade de vida da população (SCARPONI, 2005).

Na década de 1980, duas CNSs podem ser destacadas por terem evidenciado em seus textos o setor da saúde bucal no Brasil. A primeira delas foi a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que abriu espaços para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando o modelo de odontologia até então proposto como ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista, com recursos humanos inadequados. Já durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento político-sanitário-odontológico defendeu as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional (SERRA, 1998).

Cabe ressaltar que, seguindo o caráter participativo das CNSs, as Conferências Nacionais de Saúde Bucal já realizadas contaram com a atuação de milhares de pessoas em todas as esferas de governo. Elas marcaram a história da saúde bucal no Brasil por trazerem discussões pertinentes e apresentarem propostas de curto, médio e longo prazos, com vistas ao alcance de uma saúde bucal digna e de qualidade para todos os brasileiros. A partir de suas resoluções, foi possível aproveitar cenários políticos para implementar mecanismos concretos de cumprimento efetivo de suas propostas e redesenhar o quadro da saúde bucal, conforme descrito sucintamente a seguir.

■ 2.1. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB)

A realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal consagrou os princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo hegemônico de assistência odontológica. Realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília-DF, como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Conferência contou com mais de mil participantes, resultado de todo um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros por meio da realização de pré-conferências que contaram com significativa presença de diversos segmentos da população e da categoria odontológica. De forma democrática, a 1ª CNSB retratou a posição dos participantes - CDs, THDs, ACDs, usuários e acadêmicos - representando ABO, CFO, FNO, CUT, CGT, Conam, Contag, UNE e Uneo, o que permitiu a legitimação da posição e do compromisso do subsetor com a Reforma Sanitária Brasileira. Como resultado desse acontecimento, foi elaborado um documento de referência para as decisões e as definições da assistência à saúde bucal em todo o país. Zanetti (1996) comenta:

Na história da odontologia brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde

a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de cirurgiões-dentistas. A POPULAÇÃO, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se.

Quatro grandes temas centralizaram as discussões na 1ª CNSB: A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e Financiamento do Setor de Saúde Bucal.

As conclusões da 1ª Conferência constituíram uma produção democrática e progressista sobre a saúde bucal, realizada pela odontologia e pela sociedade civil organizada do país. Tais conclusões apontaram para o início de um amadurecimento social técnico e político, com a responsabilização no combate aos índices epidemiológicos caóticos constatados em todo o Brasil. Trouxeram ainda a questão das prioridades e do confronto entre a “nova” proposta, contida no relatório final da 1ª CNSB, tendente à universalização, e a “antiga” forma de se planejar, definindo, apenas em bases epidemiológicas e *a priori*, pequenos segmentos da população como público a ser coberto pelos programas a serem implantados.

O relatório da 1ª CNSB propôs uma nova forma de planejar a saúde bucal. Uma das falhas identificadas foi relacionada à representatividade dos usuários, pois esta é formada, em grande parte, por cirurgiões-dentistas, o que manteve uma racionalidade técnica no documento. Ainda assim, a 1ª CNSB marcou uma nova postura da categoria diante da sociedade ao defender os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

■ 2.2. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2ª CNSB)

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal aconteceu no período de 25 a 27 de setembro de 1993 e contou com 792 delegados, sendo 388 representantes de usuários e 404 dos demais segmentos (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço), escolhidos nas suas entidades nacionais e em 24 conferências estaduais, estas precedidas de centenas de conferências municipais. Além disso, mais de 300 participantes credenciados de todo o país também se juntaram aos delegados nas discussões de grupos e no plenário.

A partir da deliberação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, a 2ª CNSB teve à frente entidades nacionais de odontologia, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional

das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e das representações nacionais de usuários.

Durante o evento, delegados e participantes afirmaram sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da seguridade social e pela piora das condições de vida. Também entenderam que a Revisão Constitucional, em discussão pelo Congresso Nacional na época, caso concretizada, significaria um duro golpe nas conquistas obtidas na Constituição vigente. Nessa conjuntura nacional, foi cobrada a responsabilização do governo e seu compromisso social, em suas diferentes esferas de atuação, pela reversão do agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais.

As discussões da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, levando em conta: a saúde bucal como direito de cidadania; um novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde teria a proposta de desmitificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade concreta. Dessa forma, foi aprovado que essa inserção se daria por meio de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde) descentralizado e no qual se garantiria a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, associadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social.

Os usuários, representantes da população organizada, deixaram claro que não abriam mão da sua cidadania em saúde bucal e que lutariam por ela. A implementação das resoluções da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal dependeria do trabalho com os conselhos de saúde, para que as resoluções fossem absorvidas como diretrizes políticas e, a partir daí, fossem definidas as prioridades e os programas locais; de trabalho com o Ministério Público, para que se cumprisse a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar saúde; de trabalho com os governos estaduais e municipais para que a saúde bucal fosse incluída entre as ações de saúde, etc.

Pode-se dizer que a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi uma resposta legítima da sociedade civil organizada de não aceitar uma situação iatrogênica, excludente e ineficaz.

Os participantes da 2ª CNSB apresentaram suas conclusões à sociedade brasileira em geral, às autoridades de saúde, aos profissionais e aos servidores de saúde, aos dirigentes municipais, estaduais e federais, às diversas instituições do poder público no Brasil e aos diversos organismos internacionais de saúde.

■ 2.3. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3ª CNSB)

Buscando oportunizar a ampliação da participação da população na análise da formulação e da execução da Política Nacional de Saúde Bucal, foi realizada, de 29 de julho a 1ª de agosto de 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, mais de dez anos depois da realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Esta representou a deflagração de um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas entre a sociedade civil e os movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Nesse processo, cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipal e estadual, culminando na etapa nacional, na qual participaram cerca de 1.200 pessoas (entre usuários, trabalhadores, prestadores e gestores da saúde).

O tema central da 3ª CNSB, Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal.

No contexto em que se realizou a Conferência, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes - requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e o enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo, como, aliás, determina com toda a clareza a Constituição da República.

Sendo assim, as condições de saúde bucal e o estado dos dentes foram considerados sinais de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, decorrentes de problemas de saúde localizados na boca ou por imensas dificuldades para conseguir acesso aos serviços assistenciais. A partir dessas considerações, os participantes da 3ª CNSB tiveram como desafio identificar os principais problemas do país na área da saúde bucal e encontrar meios e recursos voltados à definição de estratégias para superá-los.

O Relatório Final da 3ª CNSB foi aprovado em sucessivas sessões plenárias deliberativas por 883 delegados eleitos para a etapa nacional nas conferências de saúde bucal de 26 estados e do Distrito Federal. Esses delegados (447 representantes dos usuários dos serviços de saúde; 228 representantes de trabalhadores da saúde; e 208 representantes gestores e prestadores de serviços de saúde) analisaram proposições provenientes de todo o país, resultantes das 2.542 conferências municipais ou regionais de saúde bucal e das 27 conferências correspondentes à etapa estadual, das quais resultou um consolidado com 651 páginas. O documento-referência submetido ao debate na etapa nacional foi extraído do consolidado, e desse esforço de construção coletiva de novos rumos para a política nacional de saúde bucal resultaram as proposições para orientar as decisões da sociedade e do Estado brasileiro, de modo que pudessem ser produzidas as mudanças necessárias para assegurar a todos acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade.

CAPÍTULO 3

O RETRATO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: OS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O Brasil é freqüentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. Esses indicadores são semelhantes aos da saúde de forma geral. Trata-se de um país com um quadro de morbi-mortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais e, portanto, com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação inexpressiva do Estado no combate a essas desigualdades (RONCALLI, acesso em 2005).

A partir da idéia de que as necessidades de tratamento odontológico seriam de tal magnitude que impediriam o êxito de quaisquer propostas odontológicas de solução em massa, considerava-se que seriam desnecessários levantamentos mais precisos, já que bastava saber que o problema era imenso. Com base nesse enfoque, o planejamento do trabalho odontológico podia prescindir de dados globais, pois supostamente não teriam validade prática. Acrescente-se a esse quadro as evidentes dificuldades de ordem operacional e financeira com as quais deparavam aqueles que intentassem conhecer os níveis de saúde bucal em um país com as dimensões brasileiras (BRASIL, 1988).

Assim, a saúde bucal torna-se reflexo desse contexto, com o agravante de, historicamente, apresentar um sistema de prestação de serviços odontológicos deficiente aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora, contribuindo para a crescente perda de dentes.

Enquanto no âmbito internacional vários países, como a Inglaterra e os países nórdicos, detinham dados sobre cárie dentária desde as primeiras décadas do século XX, no Brasil o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só foi realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde. Outros levantamentos de nível nacional foram conduzidos pelo Ministério em associação com entidades de classe e secretarias municipais e estaduais de saúde em 1996 e em 2003, quando foi finalizado o Projeto SB Brasil, o maior e mais completo levantamento em saúde bucal já realizado no país. Tais levantamentos serão detalhados a seguir.

■ 3.1. Levantamento epidemiológico em saúde bucal (1986)

Este estudo, que foi o primeiro da área de saúde bucal com abrangência nacional, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na zona urbana. Para sua realização, pode-se destacar três argumentos principais que levaram, finalmente, à superação dos entraves anteriormente citados e à efetivação do *Levantamento epidemiológico em saúde bucal* por parte do Ministério da Saúde com o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (Ipea) no ano de 1986: primeiro, o reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; segundo, a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada (mesmo em países com altos índices de doenças bucais e serviços bem estruturados, apenas parte das pessoas com problemas procuram atendimento a cada ano), cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carentes; e, finalmente, em terceiro lugar, a possibilidade, à época, cada vez mais próxima e concreta, de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia para o qual esses subsídios seriam essenciais (BRASIL, 1988).

A escassez de recursos disponíveis fez com que se tornassem cruciais questões como a definição da população-alvo e o elenco de problemas a serem estudados. A opção final foi pela realização de um levantamento epidemiológico limitado à zona urbana de 16 capitais selecionadas como representativas do total de 27, com dados para as cinco macrorregiões, segundo faixas de renda familiar, analisando-se a prevalência da cárie dental, das doenças periodontais, das necessidades e da presença de prótese total e da procura por serviços odontológicos. Foram considerados dez grupos etários para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos.

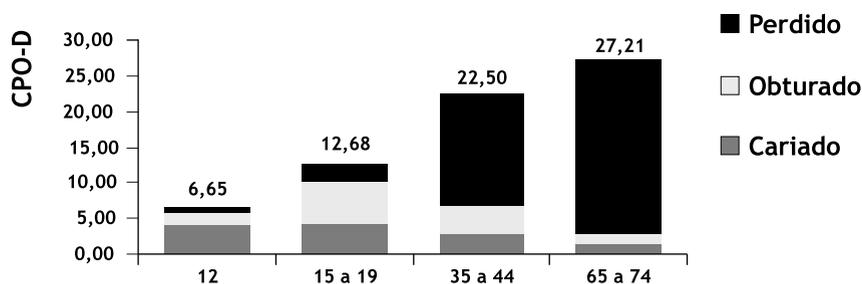
A escolha desses grupos obedeceu a critérios de estrita prioridade epidemiológica, no caso da faixa de 6 a 12 anos, e à possibilidade de comparação internacional, em função das metas de saúde bucal trabalhadas pela Federação Dentária Internacional (FDI) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabeleceu índices a serem atingidos por volta do ano 2000 nas idades aqui consideradas. Houve uma modificação na faixa de maior idade, que costumeiramente engloba pessoas de 60 anos e mais, ou especificamente de 65 anos, nos países industrializados. Para o Brasil, em razão da esperança de vida ao nascer, que era em média de 65,5 anos para as mulheres e de 61,3 anos para os homens (dados do período de 1975-1980), considerou-se a faixa de 50-59 anos a mais representativa e útil em termos de programação de atividades.

Comprovaram-se, com nitidez, os altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO-D (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) do mundo à época em todas as idades analisadas. O CPO-D médio evoluiu de 1,25 aos 6 anos para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos. Atuando como forte agravante desse quadro, a composição do índice apresentava que: 60% dos dentes estavam cariados; 6% com extração indicada; 5% extraídos; e somente 29% obturados, conforme dados dos 6 aos 12 anos de idade.

O contínuo crescimento do índice CPO-D - 12,7 dos 15 aos 19 anos; 22,5 dos 35 aos 44 anos e 27,2 dos 50 aos 59 anos (Gráfico 3.1) - deu-se fundamentalmente em consequência do aumento da contribuição no índice do componente que corresponde aos dentes extraídos:

- somente 40% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes;
- mais de 72% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, já havia extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar;
- no grupo de 35 a 44 anos, quatro em cada dez pessoas requeriam apoio protético, reduzindo-se a 1,7% na faixa de 15 a 19 anos.

Gráfico 3.1 – Médias de CPO-D e participação dos componentes de acordo com a idade. Brasil, 1986



Fonte: banco de dados do levantamento epidemiológico - Brasil, zona urbana, 1986

Com relação à doença periodontal, menos de 29% dos adolescentes e pouco mais de 5% dos adultos apresentavam as gengivas saudáveis. Entre as pessoas de 50 a 59 anos, somente 1,33% apresentavam as gengivas saudáveis.

Alguns dos dados relativos à cárie dental e à condição periodontal em diferentes faixas etárias obtidos no levantamento epidemiológico de 1986 estão consolidados no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 1986

Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986			
Amostra	25.407 pessoas em 16 municípios		
Problemas pesquisados e informações obtidas	Cárie dental, doenças periodontais, uso e necessidade de prótese total, acesso aos serviços odontológicos, avaliação socioeconômica		
Idade	Média do índice CPO-D	Percentual de contribuição do componente <i>Perdido</i> no CPO-D	Percentual de indivíduos com periodonto saudável
12 anos	6,65	13,18	-
15 a 19 anos	12,68	15,20	28,76
35 a 44 anos	22,5	66,48	5,38
50 a 59 anos	27,21	85,97	1,33

Fonte: Brasil (1988)

■ 3.2. Levantamento epidemiológico em saúde bucal (1996)

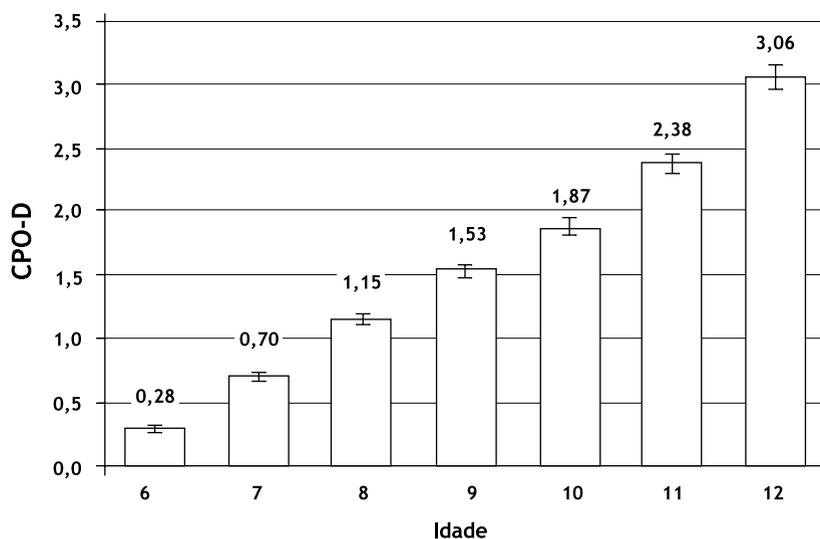
Dez anos após o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as secretarias estaduais e municipais de saúde, o Segundo Levantamento em Saúde Bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A pesquisa foi realizada somente com relação à cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal, visando a um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Havia a intenção de se realizar uma segunda etapa, incluindo população adulta e outras doenças investigadas, o que acabou não acontecendo.

As escolas foram selecionadas, aleatoriamente, em cada capital, sendo uma escola de periferia (pública), uma escola de bairro (pública) e duas escolas do centro, sendo uma

particular e outra pública. Ao todo, foram examinados quarenta escolares nas idades de 6 a 12 anos em, pelo menos, quatro escolas de cada capital, atingindo, assim, 1.120 por município, totalizando 30.240 em todo o país.

Como resultado do levantamento, notou-se que o CPO-D médio evoluiu de 0,28 aos 6 anos para 1,53 aos 9 anos, atingindo 3,06 aos 12 anos (Gráfico 3.2 e Quadro 3.2). Crianças de 12 anos das capitais da região Norte apresentaram CPO-D de 4,27, enquanto nas capitais das regiões Sul e Sudeste apresentaram CPO-D de 2,41 e 2,06, respectivamente, evidenciando marcantes diferenças regionais (DATASUS, acesso em 2005).

Gráfico 3.2 – Médias e intervalos de confiança (95%) de acordo com a idade. Brasil, 1996



Fonte: RONCALLI, A.G., 1998

Quadro 3.2 – Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 1996

Levantamento epidemiológico em saúde bucal (1996) - cárie dental		
Amostra	30.240 pessoas em 27 municípios	
Problema pesquisado e informação obtida	Cárie dental	
Idade	Média do índice CPO-D	Percentual de contribuição do componente <i>Perdido</i> no CPO-D
12 anos	3,06	9,42%

Fonte: Brasil (1996)

3.3. Levantamento epidemiológico em saúde bucal (2003)

Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, este estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000.

Tal projeto envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas - Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, faculdades de odontologia, além do decisivo suporte das secretarias estaduais e municipais de saúde. Aproximadamente 2 mil trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo. Sem considerar os ajustes necessários com vistas à expansão das taxas para a população em geral, a amostra obtida permite a produção de estimativas segundo as principais variáveis de estratificação previstas no projeto. A amostra pesquisada torna os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas, além do próprio município para alguns agravos e faixas etárias (BRASIL, 2003).

Para a validação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, foi realizado, em 2001, o estudo-piloto em duas cidades de diferentes portes populacionais - Canela-RS e Diadema-SP. Em seguida, foi executado o sorteio dos municípios amostrais, realizando-se, em 2002 e 2003, após treinamento e calibração das equipes, o trabalho de campo, com realização dos exames e das entrevistas. As principais características metodológicas do Projeto SB Brasil podem ser vistas no Quadro 3.3.

No total, foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses, 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros (50 por macrorregião).

Além de produzir informações relativas às principais doenças bucais, às condições socioeconômicas, ao acesso aos serviços e à autopercepção em saúde bucal, o SB Brasil foi responsável pelo treinamento e pela instrução de aproximadamente 2 mil profissionais, entre instrutores de calibração, coordenadores municipais, examinadores e anotadores, difundindo e consolidando a prática do planejamento-avaliação das ações e dos serviços de saúde a partir de dados epidemiológicos.

Quadro 3.3 – Principais características metodológicas do Projeto SB Brasil

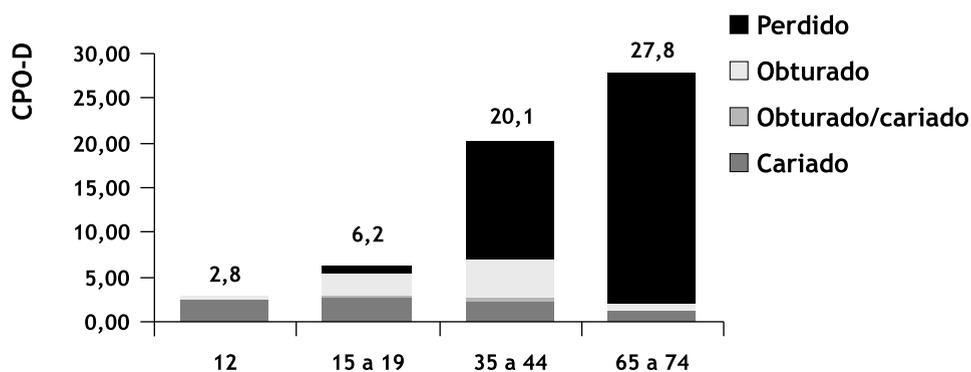
Item	Descrição
Idades-índice e grupos etários pesquisados	Baseados na proposta da OMS com a inclusão de outros grupos relevantes. Ao todo, foram utilizados seis idades-índice e grupos etários: 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.
Pré-estratificação	Macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e porte populacional (até 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil de 10 a 50 mil, de 50 a 100 mil e mais de 100 mil habitantes). Ao todo, foram pesquisados 250 municípios, 50 em cada região, sendo 10 de cada porte.
Pontos de coleta de dados	Escolas e pré-escolas (20 por município) para 5 e 12 anos. Para adolescentes, adultos e idosos, os exames foram realizados em domicílios, tendo as quadras urbanas e/ou vilas rurais e os setores censitários como Unidades Amostrais Secundárias. Foram sorteados 10 setores por município acima de 50 mil habitantes.

Item	Descrição
Tamanho da amostra	Calculado em função da média e do desvio-padrão da cárie dentária para cada região com correção para porte populacional.
Treinamento e calibração	Foi adotada a técnica do consenso, com cálculo da concordância percentual e coeficiente Kappa para cada par de examinadores. O treinamento foi realizado para cada equipe local por instrutores treinados pelos coordenadores regionais. Níveis de concordância para cada agravo pesquisado foram estabelecidos.

Fonte: adaptado de RONCALLI et al. 2000

Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida. Os resultados revelaram aproximadamente 14 dentes atacados pela cárie entre a adolescência e a idade adulta (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3 – Médias de CPO-D e participação dos componentes de acordo com a idade. Brasil, 2003



Fonte: Projeto SB Brasil 2003: resultados principais (BRASIL, 2003)

A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando gengivas saudáveis. Comparando-se os dados de edentulismo em nosso país e as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (Tabela 3.1), observa-se que o Brasil está aquém dessas metas, com apenas 10% dos idosos com vinte ou mais dentes. Somente entre as crianças de 12 anos a meta da OMS foi atingida, ainda assim a cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, com marcantes diferenças macrorregionais e com cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença sem tratamento. Com relação às demais metas, os resultados obtidos encontram-se distantes do que foi estipulado pela OMS para o ano 2000.

Tabela 3.1 – Comparação entre as metas da OMS para o ano 2000 e os resultados do SB Brasil, 2003

IDADE	META DA OMS PARA 2000	SB Brasil
5 a 6 anos	50% sem experiência de cárie	40% sem experiência de cárie
12 anos	CPO-D \leq 3,0	CPO-D = 2,78
18 anos	80% com todos os dentes	55% com todos os dentes
35 a 44 anos	75% com 20 ou mais dentes	54% com 20 ou mais dentes
65 a 74 anos	50% com 20 ou mais dentes	10% com 20 ou mais dentes

Fonte: Brasil, 2003

O Quadro 3.4 apresenta dados relativos à cárie dental e à condição gengival em diferentes faixas etárias obtidos em 2003.

Quadro 3.4 – Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 2003

Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira (2003)			
Amostra	108.921 pessoas em 250 municípios		
Problemas pesquisados e informações obtidas	Cárie dental, doenças periodontais, uso e necessidade de prótese total, acesso aos serviços odontológicos, avaliação socioeconômica, fluorose, má oclusão, alteração de tecido mole, autopercepção em saúde bucal		
Idade	Média do índice CPO-D	Percentual de contribuição do componente <i>Perdido</i> no CPO-D	Percentual de indivíduos com periodonto saudável
12 anos	2,78	6,47	-
15 a 19 anos	6,17	14,42	46,18
35 a 44 anos	20,13	65,72	21,94
65 a 74 anos	27,79	92,25	7,89

Fonte: Brasil, 2003

Além da incorporação de outras faixas etárias, o Projeto SB Brasil 2003 pesquisou também informações sobre problemas nunca abordados em levantamentos anteriores. Dentre eles, podem ser destacadas a fluorose e a má oclusão.

Em relação à prevalência de fluorose, esta foi detectada em cerca de 9% das crianças de 12 anos e em 5% dos adolescentes de 15 a 19 anos. Para a idade de 12 anos, os maiores índices foram encontrados nas regiões Sudeste e Sul (em torno de 12%), enquanto os menores, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (cerca de 4%). Sobre má oclusão, os dados de prevalência na idade de 5 anos revelam problemas oclusais moderados ou severos em 14,5% da população nessa idade, variando de um mínimo de 5,6% na região Norte a um máximo de 19,4% na região Sul. A prevalência da condição oclusal muito severa ou incapacitante foi de cerca de 21% nas crianças de 12 anos e cerca de 19% em adolescentes de 15 a 19 anos.

A avaliação do acesso da população aos serviços odontológicos apontou que mais de 13% desta faixa populacional nunca foi ao dentista. Entre a população adulta, quase 3% nunca foi ao dentista, e na população idosa este número chega a quase 6%. Em ambas as faixas etárias, a região Nordeste apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista, e a região Sul, os melhores valores relativos ao acesso aos serviços odontológicos.

CAPÍTULO 4

A SAÚDE BUCAL NA ATUALIDADE: A POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional para o setor.

Em 2003, com uma nova conjuntura política, que se expressou com a posse do presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, forças democráticas que gestavam a saúde bucal como um direito intrínseco de cidadania aglutinaram-se num projeto comum. O recém-empossado governo tinha como estratégia a superação da exclusão social. Assim, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. 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. [...] No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção (PNSB, Brasil, 2004).

Nessa perspectiva, fazia-se necessário que essa política, desde seu nascedouro, expressasse sua construção radicalmente interligada com a conformação do sistema de saúde brasileiro, ou seja, o Sistema Único de Saúde, que, segundo seus princípios constitucionais, edifica-se na universalização do acesso, na integralidade, na equidade e no controle social.

A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal da sua população, o Brasil compromete-se com a redução das desigualdades, com o combate à fome e com a garantia de nutrição em condições adequadas - um compromisso com a inclusão social.

■ 4.1. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da Atenção Básica em Saúde

A partir de 1986, com o movimento da reforma sanitária, a discussão sobre o conceito de saúde/doença traz a proposta de se realizarem novas ações em saúde, iniciando, assim, o desenvolvimento de projetos de saúde comunitária e de família e o desenho de um novo modelo de organização dos serviços de saúde.

Nesse contexto, em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que antecedeu a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) em 1994, as quais incorporaram e ampliaram a atuação dos agentes comunitários. Trata-se de uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de co-responsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Conforme ressaltado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a estratégia de Saúde da Família apresenta como característica uma enorme capilaridade, sendo socialmente sensível:

[...] suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas, possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários.

No período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, foram implantadas 7.866 novas Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando 24.564 ESF em atuação pelo país, com um aumento da cobertura populacional de 54,9 milhões de habitantes em dezembro de 2002 para 78,6 milhões em dezembro de 2005.

Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram incluídos 32.641 novos agentes no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, totalizando 208.104 ACS em atuação pelo país. Em relação à população coberta pelos ACS, ela passou de 90,7 milhões de pessoas em dezembro de 2002 para 103,5 milhões em dezembro de 2005.

• **A saúde bucal na estratégia de Saúde da Família**

A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços

de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Assim, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Dessa forma, foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal:

- ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). Recebia inicialmente R\$ 5.000,00 para implantação e R\$ 13.000,00 por ano para custeio.
- ESB Modalidade II: composta por CD, ACD e técnico em higiene dental (THD). Recebia inicialmente R\$ 5.000,00 para implantação e R\$ 16.000,00 por ano para custeio.

Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF. Dessa forma, cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas. Essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das equipes de saúde bucal e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais.

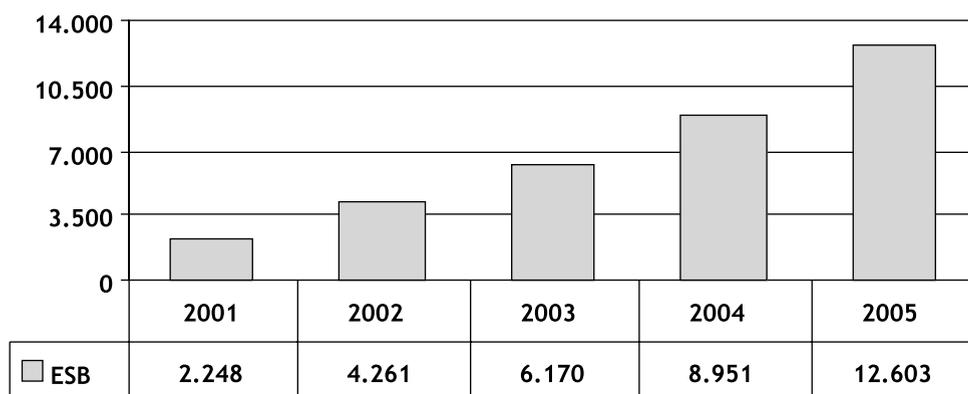
A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Essa mesma Portaria reajustou os incentivos de custeio das ESB Modalidade I para R\$ 15.600,00 e para R\$ 19.200,00 o incentivo anual de custeio para as ESB Modalidade II, cessando os efeitos da Portaria nº 1.444/GM, de 2000.

Atualmente, com a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando cada ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 por ano para custeio. Esses valores são 56,9% maiores, no caso das ESB Modalidade I, e 65% no caso das ESB Modalidade II, se comparados aos valores que eram repassados nos anos de 2001 e 2002. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais. A partir dessa portaria, as ESB Modalidade II passaram

a receber um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para a atuação do técnico em higiene dental (THD).

De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.342 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família, chegando a um total de 12.603 ESB, um aumento de mais de 195% no número de equipes (Gráfico 4.1).

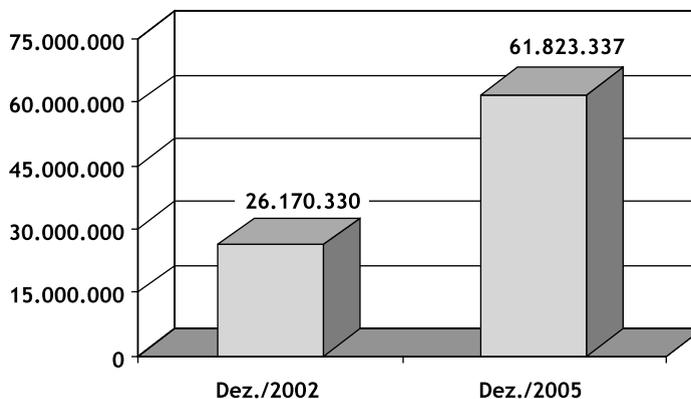
Gráfico 4.1 – ESB implantadas. Brasil, 2001 – dezembro/2005



Fonte: Siab

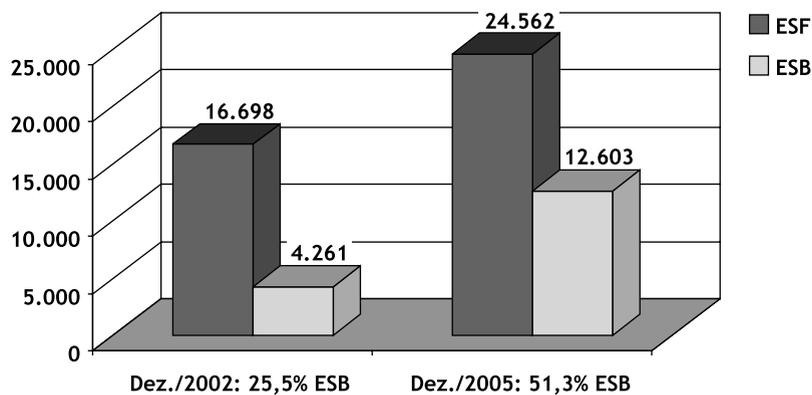
Houve nesse período um acréscimo na cobertura populacional das ESB de mais de 35,5 milhões de pessoas, totalizando mais de 61,8 milhões de pessoas cobertas por essas equipes (Gráfico 4.2). Observa-se, ainda, que, em dezembro de 2002, aproximadamente 25,5% das Equipes de Saúde da Família tinham profissionais de saúde bucal. Em dezembro de 2005, essa proporção chegou a 51,3%, o que representa um crescimento na proporção entre as equipes (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.2 – Cobertura populacional das ESB. Brasil, dezembro/2002 – dezembro/2005



Fonte: Siab

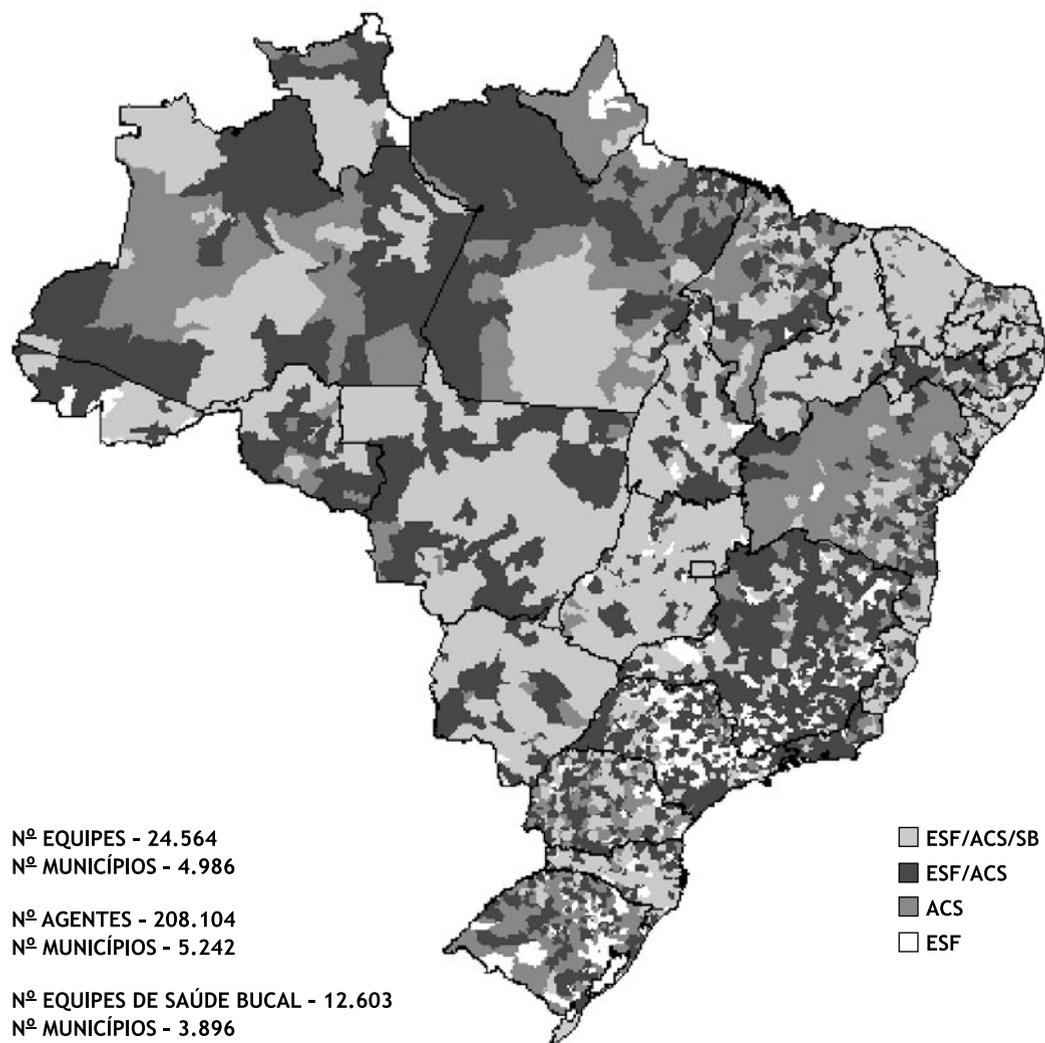
Gráfico 4.3 – Proporção entre ESF e ESB. Brasil, dezembro/2005



Fonte: Siab

Até dezembro de 2005, 94,2% dos municípios contavam com ACS, 89,6% com ESF e 70,1% com ESB, conforme mostrado no Mapa 4.1.

Mapa 4.1 – Situação de implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Brasil, dezembro/2005



■ 4.2. Ampliação e qualificação da Atenção Secundária e Terciária: centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias

A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem-se restringido quase que exclusivamente aos serviços básicos - ainda assim, com grande demanda reprimida por procedimentos básicos. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) de 2002 indicam que os serviços especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária e Terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Conforme ressaltado no texto das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, bem como estabelecida sua forma de financiamento por meio da Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, com vistas a ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. A Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005, passou a permitir o adiantamento do recurso de implantação desses centros.

Os CEO são unidades de referência para a Atenção Básica, e integrados ao processo de planejamento loco-regional ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor, classificados em dois tipos:

- CEO Tipo I: com três cadeiras odontológicas. Cada CEO Tipo I recebe R\$ 40.000,00 para implantação e R\$ 6.600,00 mensais para custeio.

- CEO Tipo II: com quatro ou mais cadeiras odontológicas. Cada CEO Tipo II recebe R\$ 50.000,00 para implantação e R\$ 8.800,00 mensais para custeio.

Foram implantados, até o mês de dezembro de 2005, 336 CEO em 268 municípios distribuídos em 25 estados e no Distrito Federal (Tabela 4.1). Foram realizados nesses centros mais de 2,9 milhões de procedimentos especializados entre janeiro e outubro de 2005.

Tabela 4.1 – CEO implantados. Brasil, 2005

Região	CEO implantados
Centro-Oeste	33
Nordeste	104
Norte	17
Sudeste	125
Sul	57
Total	336

Fonte: Ministério da Saúde, 2005

Haviam sido repassados, até dezembro de 2005, recursos para a implantação de mais 181 CEO.

Por meio da Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica. Para apoiar a confecção das próteses totais, foram instituídos recursos financeiros repassados por prótese total confeccionada pela emissão de Autorização para Procedimento de Alto Custo/Complexidade (Apac) no valor de R\$ 30,00 por prótese total.

■ 4.3. Fluoretação da água de abastecimento público

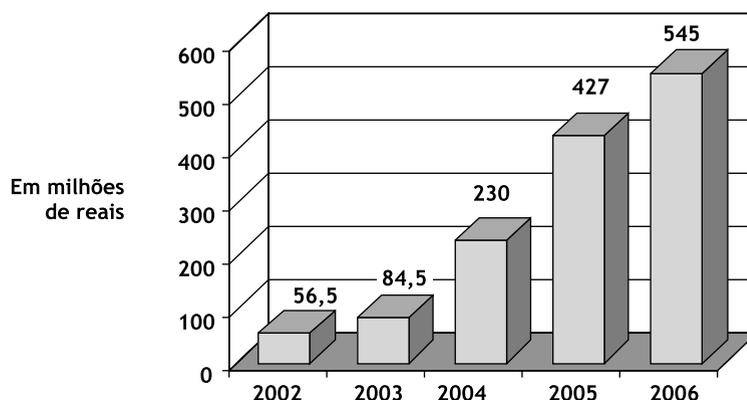
A ampliação da fluoretação da água de abastecimento público é uma das principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Por esse motivo, estão sendo implementadas ações que visam assegurar água tratada - clorada e fluoretada - como direito de cidadania. Cabe ressaltar que, até o início de 2003, pouco mais de 70 milhões de brasileiros eram abastecidos com flúor na água.

Com o Brasil Sorridente, dados de dezembro de 2005 mostram que foram implantados 205 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público, abrangendo 106 municípios em seis estados. Esse processo está sendo viabilizado por meio de uma ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e mediante convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde.

■ 4.4. Investimentos no Brasil Sorridente

Com relação aos investimentos na área de saúde bucal, em 2002 foram gastos R\$ 56 milhões. Em 2003, foram investidos mais 46%, passando a R\$ 84 milhões. Em 2004, o investimento foi de R\$ 184 milhões (Gráfico 4.4). Para 2005, foram mobilizados R\$ 427 milhões para investimentos em saúde bucal, e a previsão é que, em 2006, sejam investidos R\$ 545 milhões, o que corresponde a aproximadamente dez vezes o valor investido em 2002.

Gráfico 4.4 – Recursos Federais investidos em Saúde Bucal. Brasil, 2002 – 2006



Fonte: Ministério da Saúde

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1990. 60p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 2004. 148p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.
4. BRASIL, Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil**. 1986. 137p. (Série C: Estudos e Projetos, 4). Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental. 1996**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB2003**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da saúde da família**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: out. 2005.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004**. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: out. 2005.
9. CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de odontologia**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 - 57, nov. 1997.
10. COSTA, N. R. . **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**: v.2. 2. ed. Petropolis: Vozes, 1986. 115 p.
11. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2.000. **Int. Dent. J.**, v.1, n.32, p.74-7, 1982.
12. SCARPONI, Florentino García. **Un proceso de democratización de las propuestas para el sector salud: las conferencias nacionales de salud en Brasil**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque52.doc>>. Acesso em: out. 2005.

13. GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Rev. saúde em debate**. n. 41, p. 50-7, dez. 1994.
14. LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis**. v.1, n.1, p. 77-96.
15. MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994. 310p.
16. NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p.
17. OPAS. **Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde**. Brasília, 2005. 38p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>>. Acesso em: out. 2005.
18. PAIM, J.; ALMEIDA Filho, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas?. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.4, n.32, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2005.
19. PINTO, V.G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir**. Brasília: Santos, 1993.
20. PNUD. Conferência internacional democracia, participação cidadã e federalismo, 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/CPPT.pt.pdf>>. Acesso em: out. 2005.
21. PNUD. Painel 2: democracia e participação social. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/CPPT2.esp.pdf>>. Acesso em: out. 2005.
22. RIVERO, D.A.T. Alma-ata: 25 anos después. **Revista perspectivas de salud**. Washington, DC, v.8, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm>. Acesso em: out. 2005.
23. RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil: 1986-1996**, set. 1998. 20p.. Disponível em: <http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saude+bucal&hl=pt-BR>. Acesso em: out. 2005.
24. SHEIHAM A, JOFFE M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). **Risk markers for oral diseases**. Cambridge, 1992.
25. SCHLOSMAN, Steven L.; BROWN, Joanne; SEDLAK, Michael. **The public school in american dentistry**. Los Angeles: Robert Wood Johnson Foundation, 1986. 70p.
26. SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba**. 1998, 1323f. Dissertação - Instituto de Medicina

Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

27. SILVA, Pedro Luiz Barros. **Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década**, 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm#nota2>>. Acesso em: out. 2005.

28. SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Boletim do programa de saúde da família**, dez. 2002.

29. STARR, P. **The social transformation of american medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry**. Basic Books, 1982.

30. WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niteroi. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

31. WERNECK, M. A. F. **A reforma sanitária no Brasil**. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p.247-266.

32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health**. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/en/>. Acesso em: out. 2005.

33. ZANETTI et al. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Revista divulgação saúde em debate**, n.13, p.18-35. 1996.

ANEXO

DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASÍLIA, JANEIRO DE 2004

■ APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas, foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Essas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Dessa forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, no qual ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e dos fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais.

Por sua natureza técnica e política, este documento encontra-se em permanente construção, considerando-se as diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais do Brasil e deve ser debatido à luz dos resultados da pesquisa Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, que o embasa do ponto de vista epidemiológico.

Sugere-se também sua discussão no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, visando à ampliação do debate com os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde para aprofundar o controle público sobre esta área específica.

Cabe esclarecer que se espera que este conjunto de proposições esteja em discussão no amplo processo de debates que, em vários níveis, representa a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujas decisões permitirão consolidar certas propostas e reorientar outras.

■ 1. INTRODUÇÃO

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde em construir com os usuários a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

Assim, as ações e os serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado, permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e dos serviços em saúde bucal.

Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde centradas no acolher, no informar, no atender e no encaminhar (referência e contra-referência), em que o usuário, por meio de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um

redirecionamento do processo no qual 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.

Em conseqüência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, buscando a integralidade da atenção.

■ 2. PRESSUPOSTOS

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:

- 2.1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização.
- 2.2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta.
- 2.3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.
- 2.4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento – deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.
- 2.5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.

- 2.6. Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território.
- 2.7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.
- 2.8. Definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na Equipe de Saúde da Família (ESF). Nos estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve-se dar por meio deles.
- 2.9. Estabelecer uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
- 2.10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal em todos os níveis de atenção.

■ 3. PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES

O desenvolvimento de ações na perspectiva do *cuidado em saúde bucal* tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade):

- 3.1. **Gestão participativa:** definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores em todas as esferas de governo.
- 3.2. **Ética:** assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde.
- 3.3. **Acesso:** buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda a demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de

saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

- 3.4. Acolhimento:** desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsicossocial. O acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado com os usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.
- 3.5. Vínculo:** responsabilizar a unidade ou o serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário, e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.
- 3.6. Responsabilidade profissional:** envolver-se com os problemas e as demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário e no conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento, tomando as providências pertinentes e criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

■ 4. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

A adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requer:

- 4.1. Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo:** a atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Além de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas para ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes

percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

4.2. Integralidade da atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo.

4.3. Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não governamentais e outras instituições estiverem envolvidos. A intersetorialidade nesse sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, a agricultura, a comunicação, a tecnologia, os esportes, o saneamento, o trabalho, o meio ambiente, a cultura e a assistência social.

4.4. Ampliação e qualificação da assistência: organizar o processo de trabalho para garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, com o intuito de resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do cirurgião-dentista (CD) para otimizar a assistência - 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, no nível coletivo, devem ser executadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, a supervisão e a avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto-atendimento, pronto-socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

4.5. Condições de trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de

instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, no intuito de garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e os padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

- 4.6. Parâmetros:** os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais) com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e a observação das normas de biossegurança.

■ 5. AÇÕES

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, no qual haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Para melhor identificar as principais ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde – sentidas ou não –, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis.

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da unidade de saúde.

- 5.1. Ações de promoção e proteção de saúde:** esse grupo de ações pode ser desenvolvido pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. Tais ações visam à redução de fatores de risco que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Neste grupo, situam-se, também, a identificação e a difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde. Este grupo compreende um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a

saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentivem a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate à automedicação, à medicalização e à dependência excessiva dos profissionais ou dos serviços de saúde.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, nos grupos de rua, em escolas, creches, associações, clubes de mães ou outros espaços sociais oferecidos de forma contínua, compreendendo:

5.1.1. Fluoretação das águas: entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas e a ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Nesse sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da Lei nº 6.050 e das normas complementares, com

a criação e/ou o desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. A organização de tais sistemas compete aos órgãos de gestão do SUS.

5.1.2. Educação em saúde: compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilidade de o usuário mudar hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia.

A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Deve-se observar a Lei Federal nº 9.394/96, que possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde.

Essas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), pelo auxiliar de consultório dentário (ACD) e pelo agente comunitário de saúde (ACS), especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, as creches, os asilos e os espaços institucionais são locais preferenciais para esse tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço no qual os profissionais de saúde, como cuidadores, possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

Considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas à sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento freqüente deste profissional para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las, sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações.

5.1.3. Higiene bucal supervisionada: a higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas, mas realizá-la adequadamente

requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS) pelos serviços de saúde nos mais diferentes espaços sociais. A HBS visa à prevenção da cárie - quando for empregado dentifrício fluoretado - e da gengivite, por meio do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.

5.1.4. Aplicação tópica de flúor: a aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e ao controle da cárie pela utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado) em ações coletivas.

Para instituir a ATF, recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

- a) exposição à água de abastecimento sem flúor;
- b) exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);
- c) exposição a flúor na água há menos de cinco anos;
- d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;
- e) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade.

5.2. Ações de recuperação: esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, no intuito de deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os do nível primário da assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde - diagnóstico e tratamento.

Em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão nas rotinas de assistência de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares).

A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde para acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade.

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos.

Na lista de insumos da farmácia da Saúde da Família, serão incluídos alguns insumos odontológicos estratégicos, com vistas a superar dificuldades frequentes para sua aquisição em muitos municípios – inviabilizando muitas vezes a realização de procedimentos elementares da assistência odontológica e comprometendo a continuidade de ações coletivas (como é o caso do mercúrio, da limalha de prata, da resina fotopolimerizável, do ionômero de vidro e, também, das escovas e das pastas de dentes, além de outros itens adequados à realidade local de produção de serviços odontológicos básicos).

5.3. Ações de reabilitação: consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional.

■ 6. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e o desenvolvimento de ações de:

6.1. Prevenção e controle do câncer bucal:

a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo;

- b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo, vacinação de idosos);
- c) acompanhar casos suspeitos e confirmados por meio da definição e, se necessário, criar um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e a reabilitação;
- d) estabelecer parcerias para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a recuperação do câncer bucal com universidades e outras organizações.

6.2. Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento:

- a) organizar o pronto-atendimento de acordo com a realidade local;
- b) avaliar a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência;
- c) orientar o usuário para retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento.

6.3. Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica: deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuem para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura.

6.4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica: considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, no qual os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.

A viabilização dessas possibilidades implica suporte financeiro e técnico específico a ser proporcionado pelo Ministério da Saúde com o intuito de:

- a) contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo que contemple as diferentes regiões;
- b) capacitar Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS para a implantação desses serviços.

6.5. Ampliação do acesso: Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, a saúde do trabalhador, a dos portadores de necessidades especiais, a dos hipertensos, a dos diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou a condição de vida.

Para os grupos a seguir, destacam-se as seguintes orientações:

6.5.1. Grupo de 0 a 5 anos: organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para este grupo etário verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a este grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

6.5.2. Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos): a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

6.5.3. Grupo de gestantes: considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Devem-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal,

deve ser encaminhada para uma consulta odontológica que minimamente inclua os seguintes atos:

- a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre a vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

6.5.4. Grupo de adultos: os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais desses serviços. Essas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis com as necessidades de atenção a este grupo e integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.

6.5.5. Grupo de idosos: a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e nas instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a), evitando as filas e os trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso.

Como elemento estratégico para ampliar o acesso à assistência, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras, que, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura.

■ 7. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase completamente aos serviços básicos – ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a implantação e/ou a melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os CEOs são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, minimamente, periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

■ 8. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 - NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica (PAB). É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços

e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços.

Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo ACS. A ampliação e a qualificação das ações de saúde bucal também se fazem pela organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e o tratamento necessários.

Ao apresentar, como característica, uma enorme capilaridade, a estratégia de Saúde da Família é socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos a cada vez que ocorrem. São situações em que o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas, possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários.

Nessas situações, é fundamental que se tenha cuidado com as pessoas: suas condições de vida, seus valores e seus hábitos. Há uma história, peculiar, envolvendo cada situação. É fundamental ter a consciência das diferenças sociais e culturais entre profissionais do serviço e usuários. Essas diferenças são reais e perfeitamente sentidas pelos interlocutores, seja no atendimento que acontece na unidade de saúde, seja no momento de uma visita domiciliar.

Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Essa situação traz o desafio de se trabalhar em equipe.

Para a saúde bucal, essa nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

