

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JOÃO MARCULA RIBEIRO FILHO

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA**

ARACAJU/SE
NOVEMBRO/2009

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade
Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em odontologia.

Aluno: João Marcula Ribeiro Filho
Orientadora: Maria Auxiliadora Pereira

ARACAJU/SE
NOVEMBRO/2009

AUTOR: JOÃO MARCULA RIBEIRO FILHO

A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
com parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em odontologia.

Aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora

Profa. Msc. Maria Auxiliadora Silva Pereira
Orientador/Presidente da Banca

Profa. Dra. Suzane Rodrigues J. Gonçalves
1º Examinador

Profa. Msc. Carla Pereira Santos Porto
2º Examinador

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio têm qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

(Fernando Pessoa).

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus irmãos, Lorena e Gustavo pelo apoio para realização deste trabalho e, que, mesmo longe estiveram sempre me dando forças.

Aos meus colegas de Graduação, que contribuíram para que minhas inquietações sobre o assunto pudessem virar este artigo científico.

Aos meus pais, Ivete e João Marçula, que sempre me ensinaram a viver com dignidade.

À minha orientadora Auxiliadora, pelo seu apoio e companheirismo na construção deste trabalho.

A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

João Marcula Ribeiro Filho

Maria Auxiliadora Pereira

RESUMO

No curso do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm-se verificado esforços voltados para a reorganização de Saúde Bucal na Atenção Básica, em geral e particularmente, por intermédio do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente, Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Política Nacional de Saúde Bucal tem apoiado essas iniciativas pelo aumento de investimentos para o setor odontológico. Contudo, não está clara a “imagem-objetivo” da atenção à Saúde Bucal implementada no Brasil. Assim torna-se oportuno neste estudo, por meio de Revisão de Literatura, ressaltar a implantação em inserção da Saúde Bucal no SUS e no PSF, esclarecendo sua trajetória, visando contribuir na formação de profissionais da área. A criação do SUS é considerada uma nova ordem social no âmbito da saúde e a atuação do Cirurgião-Dentista em equipes multidisciplinares proporcionará uma elevação dos níveis de saúde da população, fato percebido pela melhora de indicadores nos últimos 20 anos.

PALAVRAS-CHAVES

Saúde bucal, Brasil Sorridente, SUS, odontologia, ESF.

ABSTRACT

In the course of the consolidation of the Unified Health System (UHS), there have been efforts at reorganization of oral health in primary care in general and

particularly through the and Family Health Program (FHP), present at, Family Health Strategy (FHE). Politics National Oral Health has supported these initiatives by increasing investments in the sector dental care. However, is not clear "image-goal" of attention to Oral Health becomes implemented in Brazil. So is appropriate in this study, through literature review, emphasize the implementation of integration of oral health in the UHS and the FHP, explaining its history, to contribute in the education of area. The creation of the UHS is considered a new social order in the health and performance of the Dental Surgeon in multidisciplinary teams provide a high level of population health, event realized that improved over the past 20 years.

KEYWORDS

Oral health, Smiling Brazil, UHS, odontology, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O surgimento do Sistema Único de Saúde é um grande avanço para a saúde brasileira, pois através dele, busca-se ter presença de toda a participação da comunidade, prestando-lhes atendimento integral, concretizando assim os princípios que o regem que são a universalidade, igualdade e integralidade, tomando como base a descentralização do seu comando (PEREIRA et al, 2003).

A proposição do modelo de Saúde da Família deve constituir-se como a consolidação de uma prática que avance para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral, que seja exercido sobre uma base populacional definida, que não seja excludente, que seja resolutivo, que busque o auto-cuidado e que contribua para a construção de uma sociedade mais equânime. Deve-se ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença.

Durante muitas décadas, a atenção à Saúde Bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, conseguindo-se com isso uma expressiva redução nos níveis de cárie na população infantil, cerca de 54% na faixa etária de 12 anos, enquanto que os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento das

situações de urgências odontológicas. Tal modelo foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas. São inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Alguns questionamentos vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores. Seguramente um momento ímpar para o crescimento e o fortalecimento da Saúde Bucal brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Diante do exposto, torna-se oportuno neste estudo, por meio de Revisão de Literatura, ressaltar a implantação e inserção da Saúde Bucal Brasileira no Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, esclarecendo sua trajetória, visando contribuir na formação de profissionais da área de Saúde Bucal.

REVISÃO DE LITERATURA

O SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O início de um novo milênio propicia uma série de reflexos e trás grandes expectativas para toda a população. Na área da saúde poderia ser diferente. Em 2008 completaram-se trinta anos na realização da conferência da Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, antiga União Soviética (OMS/UNICEF1979), que contou com a participação de 134 países. Essa conferência sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser colocadas pelos países a fim de proporcionarem um nível de saúde melhor para todos, independentemente das diferentes origens sociais e econômicas, e apresentou propostas amplas de abordagem para organização e redimensionamento dos recursos disponíveis, por meio dos cuidados primários de saúde. Foi, também, uma importante estratégia que marcou o início de um novo paradigma para a saúde coletiva, bem como o estabelecimento de uma nova plataforma política sanitária internacional (MINISTERIO DA SAÚDE, 2007).

O Processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro começou ainda tímido na década de 80. O conceito da saúde entendido como: “Estado de Bem Estar”, que parece a todos um conceito tão vago, é ampliado e passa a

contemplar dimensões da vida como trabalho, lazer, vestuário, educação, transporte, acesso a terra a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

A meta “Saúde para todos” no ano de 2000 foi proposta nesta conferência e passou a ser o marco para o redirecionamento dos Sistemas de Saúde no mundo, para tentar contemplar as necessidades mais complexas dentro do contexto social, político e econômico, reafirmando a saúde como direito humano e fundamental. O maior desafio ao Sistema Único de Saúde é sua consolidação, ou seja, como garantir o direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde, como definidos na Constituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b).

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visaram o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Durante a primeira República, as metas eram saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior (CUNHA e CUNHA, 1998).

Antes da Revolução de 1930, o seguro social se caracterizava pelo sistema de caixas, as quais abrangiam pequenas parcelas dos assalariados e se organizavam no âmbito de empresas isoladas (EAD/ENSP, 2008).

Rosa e Labate (2005) relatam a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata, 1978, como o movimento internacional que teve como proposta de ter a atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000.

Em 1982, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) propõe um plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, passou a Ações Integradas de Saúde (AIS). Neste período, segundo Rosa e Labate (2005), as políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas.

Bertolle Filho (1998) descrevem que inicialmente foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões organizadas por empresas em 1993. O sistema previdenciário sofreu mudanças institucionais, separando o componente benefício da

assistência médica. Posteriormente, as caixas foram unificadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs. Estes mais tarde, foram unificados num fundo único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que daria origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1993 e, o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), além da reorganização dos órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). O autor ressalta ainda que neste novo momento, o sistema previdenciário, detentor do poder econômico e político, era ineficaz e havia baixa eficiência dos serviços públicos de saúde e uma concentração no sistema previdenciário.

As reivindicações que nortearam o movimento de instituição do SUS assinalavam alguma abertura política: as eleições passam a ocorrer, os movimentos sociais, os sindicatos, os partidos políticos, as associações de moradores começam a se organizar e movimentar a sociedade que ficou conhecido por Movimento Sanitarista. Tais reivindicações resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em uma reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. As resoluções desta Conferência deram os parâmetros que mais tarde viriam a ser inscritos na nova Constituição Brasileira, 1988, que estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2003c).

Para criar condições de viabilização do direito a saúde e regularização do SUS, Rosa e Labate (2005) destacam como iniciativas institucionais legais e comunitárias, a promulgação da Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS e trás a saúde como não só a ausência de doenças é também, determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. E a 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOB), um instrumento jurídico-institucional e editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, foram criadas para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003d).

A predominância do SUS e seu impacto na população é substancial: o sistema público possui o maior número de estabelecimentos de saúde, é responsável pela maior parte dos procedimentos e é responsável pela cobertura de três quartos da população. Além disso, é no SUS que a população encontra acesso a procedimentos tipicamente de saúde coletiva além de fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial, um dos itens de maior gasto privado em saúde (MENICUCCI, 2009).

Em relação às dificuldades estruturais, as políticas sociais brasileiras, incluindo as de saúde, são expressas de forma “deformada e imperfeita” de todos os sistemas de proteção social latino-americanos. Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído (LEVCOVITZ, 2001).

Mesmo com algumas dificuldades da implementação do dispositivo constitucional que criou o SUS, devido a poucos investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, na década de 90, houve mudanças significativas para a descentralização do sistema de saúde. Em 1999, 97% dos municípios brasileiros já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis pela operação de quase 62% dos estabelecimentos de saúde existentes no País, predominantemente direcionados à provisão de serviços de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003c).

O SUS tem alcançado avanços significativos, entretanto possui problemas que precisam ser enfrentados para que possa ser considerado um sistema único universal de qualidade para toda a população brasileira. Como grandes desafios a se

superar temos o financiamento, participação social, modelo institucional, universalização, modelo de atenção à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Aerts, Abegg e César (2004) o Sistema Único de Saúde é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seus modelos de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasaram e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Assim realizaram uma discussão sobre a atuação do Cirurgião Dentista no SUS e constataram que uma forma de sistematizar suas possibilidades de atuação é a inserção no sistema, em nível central, atuando em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de saúde da coletividade. Concluiu-se que é necessária a readequação dos cursos para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS e a contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema.

PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. HOJE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde (2007) como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

O PSF constitui uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização histórica (SILVEIRA FILHO, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994, como proposta concebida dentro da vigência do

Sistema Único de Saúde, teve, como antecedente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, e que já se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática. Com os bons resultados dos PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, buscou-se uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica (VIANA E DAL POZ, 2005).

A opção pelo PSF como elemento central na reorganização da atenção básica no SUS não tem sido consensual. Heimann et al (2000), afirmam que o PSF é um programa essencialmente voltado para a extensão de cobertura da atenção e, não supera a hierarquização rígida entre os diversos níveis de atenção, uma vez que a NOB (Norma Operacional Básica) não articula as mudanças propostas com a assistência hospitalar, que permaneceu intocada. O deslocamento do lócus da atenção das unidades de saúde para o interior de residência tende a transferir a responsabilidade do cuidado e da prevenção de agravos para a família e, internamente a essa, para a mulher. O PSF, supostamente um avanço rumo à transformação do modelo, continuou centrado no enfoque médico para o indivíduo.

Na visão de Franco e Merhy (2009) a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial não esteja sendo modificado e, ainda, que “a adesão ou a rejeição” ao Programa de Saúde da Família da forma que está estruturado pelo Ministério da Saúde não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança. Pois, é um programa paralelo que conduz a algumas armadilhas, entre elas, a de considerar a atenção básico-médica centrada como única forma de atuação realmente impactante, uma espécie de retificação do

generalista. Para esses autores, mesmo com a proposta de mudança estrutural com o trabalho de uma equipe multiprofissional, o PSF não dá garantias de rompimento com o modelo de prática hegemônico centrado na figura do médico.

De acordo com documento oficial do Ministério da Saúde, no qual estão explicitados os princípios do PSF, a Estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS, propondo, portanto, a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura da doença e para o hospital. A base operacional desse novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

A Unidade de Saúde da Família com equipe multiprofissional assume a responsabilidade pelo acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em um território delimitado. A adscrição de clientela possibilita o estabelecimento de vínculos de compromisso e coresponsabilidade entre equipes de saúde e comunidade, permite a caracterização do território e o conhecimento das condições de vida, aumentando a capacidade de respeito às necessidades básicas de saúde da população. É recomendável que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação (AQUINO, 2003).

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL PÚBLICA NO BRASIL

O Ministério da Saúde em 06 de março de 2001 publicou a Portaria nº267/2001, que inclui a Saúde Bucal no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF e dispõe, ainda, sobre as normas e diretrizes do plano de reorganização das

ações de saúde bucal na atenção básica. O objetivo desta portaria seria o de ampliar o acesso da população as ações de saúde bucal no Brasil (DOU, 2001).

A Saúde Bucal integrante do contexto saúde, cada dia mais desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial. A partir daí vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão de ações de saúde no PSF, que variaram desde o treinamento dos agentes comunitários de saúde, para adicionarem às suas atividades orientações relativas à Saúde Bucal, até à inserção do cirurgião-dentista nas equipes do PSF (OLIVEIRA, 1999).

Oliveira (2000) destaca que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório. É importante que as experiências de introdução da Saúde Bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do CD, mas que produzam um ganho nos sentido de reordenamento da prática odontológica, de uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais.

Num país como o Brasil, de economia açucareira por excelência desde a época do descobrimento, as camadas populacionais de baixa renda consomem produtos à base de hidratos de carbono em proporções elevadas porque essa é uma fonte de energia muito mais acessível aos salários que recebem do que alimentos não cariogênicos; enquanto que as pessoas de renda elevada o fazem porque estão habituadas aos açúcares e porque têm recursos para comprar artigos mais bem elaborados que lhes são oferecidos com maior apelo mercadológico (PINTO, 1999).

Em um contexto histórico podemos ver que a Odontologia viveu seu apogeu entre os anos 60 e o início dos anos 80, quando o crescimento econômico deixou de atingir todos os setores da economia, restringindo a expansão das classes médias e das classes trabalhadoras brasileiras. Especialmente após 1984, quando ocorre o desenvolvimento de novas tecnologias, em especial a utilização crescente do flúor no cotidiano das populações brasileiras, modificam-se sensivelmente os níveis de incidência e prevalência de cárie, resultando em uma transição epidemiológica em Saúde Bucal no Brasil (ZANETTI, 2000).

Assim, a década de 90 inaugurou um novo momento da profissão, instalando um quadro de grande volume profissional: muita oferta de serviços e diminuição da capacidade de compra pelos indivíduos (ZANETTI, 1993).

Barros e Bertoldi (2002) avaliaram a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil e estudaram os diferenciais entre os estratos sócio-econômicos utilizando os dados da pesquisa nacional por amostragem de domicílios (PNAD) de 1998 realizada pelo IBGE. A análise do desenho amostral indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos, 77% das crianças de 0-6anos e 4% dos adultos de 20-49 anos nunca haviam consultado um dentista. Entre estes adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era de 16 vezes maior entre os primeiros. Cerca de 4% dos que procuraram o atendimento odontológico não obtiveram 8% dos quais entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos. A maioria (69%) dos atendimentos do grupo mais pobre foi financiada pelo SUS, enquanto 63% deles foram pagos pelos mais ricos. As maiores desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos foram encontrados nos grupos de menor acesso ou utilização. A participação do SUS no atendimento odontológico é muito mais baixa do que na atenção médica.

Brasil Sorridente - plano ou política de governo?

A inserção de ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família foi regulamentada em dezembro de 2001 e representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Grande parte dos brasileiros não sabe que pode receber tratamento odontológico gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurados em 1998 indicam que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista (AERTS et al, 2004).

Em janeiro de 2004, foi lançado o documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", que embasou a política conhecida como Brasil Sorridente. O impacto dessa ação pode ser observado no aumento do número de equipes de Saúde Bucal no PSF, de 4.261 em dezembro de 2002 para 17.349 em agosto de 2008. A cobertura populacional oscilou de 15,2% para 44% em igual período, e após

20 anos de SUS, 4.857 dos 5.564 municípios brasileiros dispunham de equipes de Saúde Bucal (MANFREDINE, 2009).

Até o lançamento do Brasil Sorridente apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. Nesse sentido, a Política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população, através do Programa de Saúde da Família, hoje, Estratégia de Saúde da Família e, ampliação e qualificação da Atenção Especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

Atualmente, existem dois tipos de Equipes de Saúde Bucal: tipo I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e, tipo II, com Cirurgião Dentista (CD), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (SILVEIRA FILHO, 2003).

Do ano de 2001 a 2003, uma Equipe de Saúde Bucal estava vinculada a duas Equipes de Saúde da Família, o que impunha aos profissionais um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos bastante elevados, comprometendo a realização de ações de promoção e prevenção. Mas, a partir de 2003, aumentou o repasse em média 60% o valor dos incentivos financeiros e passou a financiar uma Equipe de Saúde Bucal a apenas uma Equipe de Saúde da Família (VIANA, 2004).

A partir de outubro de 2009, segundo portaria ministerial Portaria 2.372 /GM, de 07 de outubro de 2009, o Ministério da Saúde fornecerá consultórios odontológicos completos aos municípios na implantação das equipes de saúde bucal, o que antes só era fornecido para a implantação de Equipes de Saúde Bucal tipo II (DOU, 2009).

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB). Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos: tratamento endodôntico, atendimento a portadores de necessidades especiais, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal, com

ênfase ao diagnóstico de câncer bucal, além de outras especialidades a serem definidas localmente. Até julho de 2008, foram implantados 675 CEOs em todo país. Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em Saúde Bucal, o Ministério da Saúde tem apoiado, também, a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), onde até julho de 2008 eram em um total de 315 no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c).

A Saúde Bucal começou a ocupar, então, lugar de destaque nos veículos de divulgação do governo. A logomarca Brasil Sorridente espelha a alegria em sorrir na perspectiva do direito. Vendeu com sucesso a proposta da política que visa a ampliar o acesso e melhorar as condições de Saúde Bucal da população brasileira, onde se configurou como a primeira política efetiva de governo na área de Saúde Bucal dentro do SUS (BARTOLE, 2009).

DISCUSSÃO

O movimento sanitarista, destacado pelo Ministério da Saúde (2003c) serviu de base para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, pois suas reivindicações foram pauta deste evento que formalizou a criação do Ministério da Saúde. Pereira (2003) destaca como um dos grandes avanços para a saúde do Brasil o surgimento do SUS, com seus princípios de universalidade, igualdade e integralidade.

No dizer de Aerts, Abegg e César (2004) o SUS é um modelo de atenção à saúde que necessita de um contínuo debate e como forma de sistematizar a atuação do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde, seria inseri-lo em equipes multidisciplinares para ações de saúde da coletividade e, destaca, como necessária para este processo, uma educação permanente para profissionais graduados que atuam no SUS.

Viana e Dal Poz (2005) vêem a origem do PSF no PACS, onde reside, a visão ativa da intervenção em saúde, que é agir preventivamente. Para Franco e Mehry (2009) o PSF, introduzido no Brasil em 1994, três anos após o PACS, é um modelo de atenção básica que retifica o médico generalista. Heimann et al (2000) concorda com esta visão, destacando que apesar de ser um modelo novo, o PSF não quebra a hierarquização entre os níveis de atenção.

Pereira et al. (2003) destaca que o processo de consolidação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que consubstancia a proposta de reforma sanitária, inscreve para o setor saúde um novo panorama de questões e exigências. Os textos constitucionais que formula o SUS, sua regulamentação, e outros textos normativos constituem-se como bases legais para a consolidação das ações de Saúde Bucal no SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde – ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social.

Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família: tornar as ações em Saúde Bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentes de idade, escolaridade ou classe social.

A introdução da Saúde Bucal no SUS, especialmente no PSF, veio de uma preocupação no contexto saúde para a promoção, prevenção e assistência curativa, segundo Oliveira (2000). Barros e Bertoldi (2002) destacam as diferenças sócio-econômicas da sociedade brasileira como causa na desigualdade de acesso e utilização dos serviços odontológicos.

É notório, para Manfredine (2009) o impacto do crescimento da Saúde Bucal no Brasil, através dos indicadores de crescimento de Equipes de Saúde Bucal, número de profissionais da Saúde Bucal atuando no SUS, número de atendimentos odontológicos.

São inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Alguns questionamentos vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores. Seguramente um momento ímpar para o crescimento e o fortalecimento da Saúde Bucal brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto percebe-se que a Saúde Bucal do Brasil melhorou nestes 20 anos de SUS. As ações de especializadas em Saúde Bucal estão sendo

expandidas, parceria entre estados, municípios e o governo federal, ampliação do acesso populacional à fluoretação das águas e no consumo de produtos de higiene bucal; na expansão dos serviços públicos odontológicos e implantação de um dinâmico processo médico-industrial na área odontológica. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Em relação aos possíveis papéis dos Cirurgiões-Dentistas no SUS, existem várias possibilidades, dependendo das características e necessidades de cada município. No entanto, acredita-se que sua atuação em equipes de saúde multidisciplinares, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde, contemple simultaneamente a saúde integral de indivíduos e coletividades, onde proporcionará uma elevação dos níveis de saúde da população.

O Cirurgião-Dentista não deve esquecer que é um profissional da área da saúde. Não tem que olhar só a boca, tem que se considerar uma importante peça para a saúde do indivíduo. Valorizar seu trabalho, sempre colocando a Saúde Bucal como um fator importante, assim a população vai passar a exigir cada vez mais do setor público e do privado melhoria na área da Odontologia. Deve-se falar cada vez mais da importância da Odontologia. O reconhecimento virá quando a população se convencer o quanto a Saúde Bucal é importante.

SOBRE OS AUTORES

João Marcula Ribeiro Filho, graduando (2009/2) do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes; joamarfilho@hotmail.com. Maria Auxiliadora Silva Pereira, mestre em Ciências da Saúde pela UFS; professora responsável pelas disciplinas Estágio Supervisionado III, Estágio Clínico Infantil II, Odontologia Social e Preventiva I, do curso de Odontologia da Unit/SE; dorapereira04@hotmail.com.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C. ; CESAR, K. O papel do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

AGRIPINO, G. G.; SULIANO, A. A.; SERRA, A. C.; SOUZA, E. H. A. Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. Recife: **Odontologia Clín. Científica**, p.213-218, 2007.

AQUINO, R. G. P; MEDINA, M.G.; VILASBÕAS, A.L.; BAQUEIRO, C.C.D.; NUNES, C.A.; CAPUTO, M.C.; FONTOURA, M.S.; PEREIRA, M.S.L.; TÔRRES, T.C. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Pólo de capacitação, formação e educação permanente para a Saúde da Família. Salvador: vol 2. 183 p., 2003. (Série Cadernos Técnicos).

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdade na utilização e no acesso a serviços odontológicos: Uma avaliação em nível nacional. Pelotas: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p.709-717, 2002.

BARTOLE, Monique da C. S. **Da boca cheia de Dentes ao Brasil Sorridente**: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah>>. Acesso em: 04 out. 2009.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 2ªed. São Paulo: Ética, 71p. , 1998.

BRASIL. Portaria N° 267, de 06 de março de 2001. Regulamentação da Portaria N° 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000; ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal; melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população; inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do PSF. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, DF, 07 de mar. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. **A reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/psf/port26/.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília: DF, 82 p., 2003. (a)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: DF, 72 p., 2003. (b)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONASS-CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 248 f. 2003. (d)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONASS-CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **SUS**: Avanços e desafios. 2ª edição, Brasília: 164 p., 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONASS-CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Atenção primária e promoção da saúde**. 1º edição, Brasília: 232 p., 2007. (Coleção Pró-gestores - Para entender a gestão do SUS).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Curso de aperfeiçoamento em gestão de projetos de investimento em saúde**: unidade de aprendizagem. 2ª ed.rev, Rio de Janeiro: EAD/ENSP. IL. 320 f, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família - PSF**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 12 mai. 2009. (b)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/cnsb>>. Acesso em: 12 mai. 2009. (c)

BRASIL. Portaria 2.372 /GM, de 07 de outubro de 2009. Cria fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes da saúde da família na estratégia de saúde da família. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, DF, 07 de out. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil Sorridente**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>. Acesso em: 9 de nov. 2009 (a)

CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE BUCAL. 2004. Brasília. **3ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 148 p., 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 2000. Brasília. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: O Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 196 p. 2003. (c)

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúdes-Princípio**. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA Jr., TONON, L.M. (org). Belo Horizonte: COOPMED, p.11-26, 1998. (Cadernos de Saúde I).

DIAS, A. A. e col. **Saúde bucal coletiva: Metodologia de trabalho e práticas.** São Paulo: Editora Santos, 1ªed, p. 43-70, 2006.

FRANCO, T. B; MEHRY, E. **PSF: contradições e novos desafios.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 6 out.2009.

HEIMANN, L. S; CORTIZO, C. T.; CASTRO, I. E. N.; KAYANO, J.; ROCHA, J. L.; NASCIMENTO, P. R.; BOARETTO, R. C.; PESSOTO U.C.; JUNQUEIRA V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: Trilhando a autonomia municipal.** São Paulo: **Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos**, 22 p., 2000.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** São Paulo: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6. p 169-191. 2001.

MANFREDINE, M. A. O SUS fez bem a saúde bucal dos brasileiros? **Jornal Informativo do Conselho Regional de Odontologia de Sergipe.** Sergipe, 07 de jun.2009. Disponível em: <http://www.abo.org.br/jornal/116/brasil2.php>. Acesso em: 7 jun.2009.

MENICUCCI, T. M. G. Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanços e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 25, n. 7, p 1620-1625, jul. 2009.

OLIVEIRA, A. G. R. C. **Modelos assistências em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas.** Araçatuba: *Ação Coletiva*, v. 2, p. 9-14, 1999.

OLIVEIRA, A. G. R. C. **Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal-universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva.** Araçatuba, SP, 2000. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho.

PEREIRA, A.C. e col. **Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Editora Artmed, p 28-47, 2003.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva.** 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 541 p., 1999.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 1027-1033, 2005.

SILVEIRA FILHO, A.D. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, 8 f, 2003.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Saúde Coletiva, p. 225-164, 2005,

VIANA, E. B. Programa nacional de saúde bucal. **Jornal do CROBA**, Salvador, janeiro, Caderno 04, nº 57, p. 03. 2004.

ZANETTI, C. H. G. **A crise e a perda da sustentabilidade da Odontologia brasileira: perspectivas para uma agenda 21 da saúde bucal**. Brasília, DF, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública.