

CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE DO GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CAMPUS PORTO ALEGRE

TAMARA DA SILVA SOARES

A ODONTOLOGIA NO SUS

Porto Alegre
2012

TAMARA DA SILVA SOARES

A ODONTOLOGIA NO SUS

Relatório apresentado como pré-requisito de conclusão de curso
Técnico em Registros e Informações
em Saúde

Orientador: Prof.^a Lahir Chaves Dias

Porto Alegre
2012

RESUMO

Para o entendimento da situação atual da prática odontológica no SUS, é necessário conhecer um pouco da história da odontologia no Brasil, a corrente que deu forma e conteúdo à reforma sanitária no SUS e o reconhecimento da dimensão da saúde bucal no contexto da integralidade, equidade e universalidade da atenção em saúde bucal no conjunto de problemas gerais de saúde-doença. Através de levantamentos realizados a fim de conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira ao longo dos anos e acompanhar sua evolução, também se obteve indicadores que retratam a nossa realidade e servem para direcionar um planejamento de saúde nesta área. A partir do primeiro levantamento realizado já percebeu-se que seria necessário implantar um programa em âmbito nacional que atendesse a demanda das necessidades odontológicas de nossa população. Com o a Constituição de 1988 instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que determina que seja obrigatório o atendimento gratuito ao cidadão sendo proibidas cobranças de qualquer espécie. Até então não havia políticas públicas que contemplassem a população na assistência odontológica os serviços estavam inseridos nas Unidades de Saúde ou emergências hospitalares. Atualmente há uma grande gama de procedimentos disponibilizados pela rede pública. Um trabalho mais ativo de prevenção também vem se desenvolvendo, certamente melhorando a qualidade de vida da população.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial

APD - Auxiliares de Prótese Dentária

BPA - Boletim de Atendimento Ambulatorial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CD - Cirurgião Dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPO-D - Dentes cariados, perdidos e obturados.

CRO - Conselho Regional de Odontologia

ESB - Equipe de Saúde Bucal

HCC - Hospital da Criança Conceição

HCR - Hospital Cristo Redentor

HF - Hospital Fêmeina

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Planejamento Econômico e Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPM - Órteses, Próteses e Materiais especiais

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PSF - Programa de Saúde da Família

SESC - Serviço Social do Comércio

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SSC - Serviço de Saúde Comunitária

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico em Higiene Dental

TPD - Técnicos em Prótese Dentária

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UOM - Unidade Odontológica Móvel

US - Unidades de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL.....	7
3 SAÚDE BUCAL.....	9
4 HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA.....	9
5 ODONTOLOGIA PÓS SUS.....	12
5.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL.....	16
5.2 AÇÕES	17
5.3 AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	18
6 INDICADORES.....	20
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
9 REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Este relato é baseado na experiência vivenciada através da prática profissional simulada, durante o curso Técnico em Registros e Informações em Saúde na Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

O GHC situa-se em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul e é composto por quatro hospitais: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmea (HF), além de doze postos do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Escola – Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. É uma Instituição vinculada ao Ministério da Saúde, e o atendimento em todos os estabelecimentos é 100% SUS (Sistema Único de Saúde).

No decorrer de uma das práticas profissionais simuladas realizadas durante o curso, na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Serviço Social do Comércio (SESC), que é um dos postos do SSC, pude perceber que a população assistida naquela localidade procurava com frequência o atendimento odontológico. Em outras unidades básicas isso não ocorreu, devido principalmente, ao horário de atendimento do profissional, que normalmente é entre 8h e 17h, período em que a maioria da população está trabalhando.

As UBS prestam uma atenção voltada para a saúde da família em uma determinada região, oferecendo as especialidades básicas (clínica geral, pediatria, ginecologia e odontologia). Algumas possuem também serviço social, nutricionista e psicóloga, fazendo parte da equipe multiprofissional que tem por atividades promover, proteger e recuperar a saúde dos usuários. Nessa equipe se insere o Cirurgião Dentista (CD), além do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). A equipe de odontologia do SESC é composta de dois CD, dois TSB e dois Residentes de Odontologia.

A partir da observação já relatada na UBS SESC, a ótima receptividade pelas equipes, incluindo da odontologia, resolvi obter informações sobre a introdução da odontologia no SUS, bem como leis e diretrizes que norteiam esse processo e a implantação do programa Brasil Sorridente.

2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

As diferenças sociais são o ponto de partida para que haja mudanças nas práticas sanitárias, de acordo com as necessidades e problemas da população existentes em cada época.

Em 1889 com a Proclamação da República, a economia do país estava ligada a exportação de café e quem realizava o trabalho pesado era a população negra. Como toda a produção dependia dos trabalhadores, constatou-se que seria necessário preservar sua saúde, já que sem a mão de obra não haveria lucro.

Conforme Costa (1986, apud COSTA et al, 2006. p. 15-16)

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. Em meadas 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.

A partir desses fatos houve uma preocupação com o indivíduo, não só apenas com a comercialização de insumos, pois não bastava realizarem vacinação em massa para melhorar a saúde da população, deveria haver um trabalho posterior.

Segundo Mendes (1994, apud COSTA et al, 2006, p. 16)

O período de 1930 a 1945 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 (IAP), 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 IAP foram concentrados e substituídos pelo INPS, em 1966, visando à uniformização dos benefícios.

O atendimento no INPS beneficiava apenas trabalhadores da área do comércio, indústria e agrícola que contribuía. Os demais não tinham direito à

saúde havendo uma exclusão de uma parte da população. Em 1977 o Estado tinha o papel de financiar o setor privado com a contratação dos serviços médicos para atender os conveniados do sistema e importava equipamentos que após eram disponibilizados à rede privada.

Em 1978 percebe-se a necessidade de um atendimento que vise sanar as necessidades da população residente em zonas rurais e periferias das cidades, através de uma modalidade assistencial de baixo custo.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde se definiu que deveria haver a universalização da saúde a fim de superar a demanda necessária, garantindo assim a população o atendimento na área da saúde.

A Conferência de Alma-Ata, que ocorreu na antiga União Soviética, tinha por objetivo “Saúde para todos no ano de 2000”, priorizou estratégias de atenção primária para alcançar esses objetivos e reduzir os indicadores de saúde de países menos desenvolvidos.

A reforma sanitária contribuiu para transformar a política de saúde no país; houve uma mudança estrutural e uma política social mais igualitária. A Constituição de 1988 trouxe a unificação dos serviços de saúde e a implantação do SUS. Ocorreu a reorganização das atividades relacionadas à saúde no país, nova formulação política e organizacional, tendo por prioridade a promoção, proteção e recuperação da saúde, norteados ainda pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O Estado teria a responsabilidade jurídica perante o SUS de atender à saúde da população, formado por uma rede de serviços descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com uma única gestão de cada esfera do governo e sob controle social. A população passaria a participar mais ativamente nas ações e projetos referentes à saúde no país.

Segundo SERRA (1998, p. 6)

As eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 (e Assembléia Nacional Constituinte) e para as prefeituras e assembleias legislativas em 1988, como parte do processo de redemocratização do País, abriram novos espaços para a reforma sanitária brasileira com a entrada na arena política de governantes e secretários ligados ou simpatizantes das causas reformistas. Nesse novo contexto político a Odontologia teve uma participação efetiva, através da indicação de dentistas para as coordenações municipais e estaduais.

Através da Constituição de 1988 todo cidadão obteve o direito aos serviços de saúde oferecidos pela rede pública ou rede privada conveniada ao SUS gratuitamente, não sendo permitido nenhum tipo cobrança.

3 SAÚDE BUCAL

Pode ser definida como ações e cuidados, sejam eles preventivos, educativos, biológicos, ou psicológicos que façam com que o indivíduo possa exercitar as funções de fala, mastigação e deglutição. Essas funções básicas preservadas definem a ausência de doenças bucais, favorecendo a pessoa no convívio social, pessoal e profissional, o que conseqüentemente levará a uma melhora para sua saúde geral. Também podemos dizer que é a qualidade de vida voltada para a área da odontologia.

4 HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA

Durante o período colonial, devido ao consumo excessivo de cana de açúcar e seu baixo custo, houve elevação na ocorrência de cárie na população brasileira. Por consequência os dentes apresentavam infecções e as pessoas sofriam com dores constantes. Não havia tratamento para essa parte da população. Os índios e negros dispunham apenas de ervas, ritos e procedimentos simples para tentar amenizar a dor.

Com o passar dos anos chegaram ao Brasil os portugueses que eram chamados de mestres cirurgiões e barbeiros, mestres de profissão que sangravam e tiravam os dentes. Um de seus discípulos foi Joaquim José da Silva Xavier mais conhecido como Tiradentes, mártir da Independência brasileira, que não frequentou os estudos regulares, mas aprendeu com o auxílio de seu padrinho que era cirurgião. Atualmente é o patrono da odontologia brasileira.

A organização das atividades profissionais e a formação de profissionais especializados deram-se a partir da chegada da família real ao Brasil, em janeiro de 1808.

Em 1856 foi estabelecido na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o exame para dentistas se habilitarem para exercer a profissão. Em 1884 foram criados através do decreto 9.311, os cursos de odontologia na faculdade de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Após concluir o curso o aluno recebia o diploma de dentista. O título de cirurgião-dentista ocorreu nove anos mais tarde e essa denominação é utilizada até hoje.

Segundo Carvalho (2003, apud NARVAI et al, 2008, p. 77),

Pelo menos, três tipos de praticantes da arte dentária, na segunda metade do século XIX, no Brasil: o barbeiro, o sangrador e o dentista. Um quarto profissional a ser incluído nessa lista é, sem dúvida, o cirurgião que, muitas vezes tinha que se dedicar ao desempenho das tarefas do dentista, especialmente as de natureza cirúrgica. Por força das modificações impostas pela regulamentação das ocupações sanitárias, o barbeiro vai abandonando, aos poucos, suas múltiplas funções e passa a dedicar-se cada vez mais às atividades típicas da barbearia. No desenrolar deste processo consolida-se a distinção entre a figura do médico, do cirurgião e, especialmente, do dentista, que tradicionalmente vinha dividindo espaço com barbeiros e sangradores.

A odontologia no século XX apresentou grandes transformações, que foram inseridas no contexto de atendimento a população, através do crescimento econômico e industrial. Os tratamentos são mais complexos, se caracterizam pela utilização de novas tecnologias.

Em 1967 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era vinculado ao Ministério do Trabalho, começou a disponibilizar a assistência médica-odontológica. Após a década de 1970 outros trabalhadores puderam beneficiar-se do atendimento oferecido pelo INPS, sendo eles empregados domésticos,

trabalhadores rurais e autônomos. Houve um aumento no número de convênios, contratos com dentistas, médicos, clínicas particulares e hospitais no país.

No ano de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social implantou o Plano Pronto Ação, que garantia o atendimento de urgência e emergência aos não previdenciários.

O aumento da complexidade administrativa e financeira da assistência à saúde no conjunto de benefícios (aposentadorias, pensões, etc) previstas na estrutura do INPS levou, entre outros aspectos, à criação do - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1978. O resultado foi o aprofundamento da dicotomia saúde pública-saúde previdenciária. No campo da assistência odontológica, essa divisão se traduziu, naquela época, de um lado pelo modelo da odontologia escolar mantido pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp / Ministério da Saúde) e por várias secretarias estaduais e municipais de Educação, e de outro pelo modelo praticado pelos serviços odontológicos financiados pelo INAMPS, em predominava o atendimento voltado para a demanda espontânea e a prática da aplicação de solução anestésica em vários pacientes, seguida da extração ou restauração dos dentes (NARVAI, 2008, p.80-81).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) foi realizada em 1986, em Brasília-DF e fazia parte da 8ª CNS. Foi elaborado um documento que serviu de referência para as decisões e definições da assistência à saúde bucal no país. Os temas que fundamentaram as discussões foram:

- A Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- Diagnóstico de saúde bucal no Brasil;
- Reforma sanitária;
- Inserção da odontologia no SUS;
- Financiamento do setor de saúde bucal.

Nesse período o Ministério da Saúde (MS) realizou o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal com o apoio do IPEA, realizado em zona urbana de dezesseis capitais, analisando-se a incidência de cáries, doenças periodontais (doença infecto-inflamatória que ataca a gengiva e sustentação dos dentes), necessidade e uso de prótese total e a procura por serviços odontológicos.

A fluoretação da água foi uma maneira de minimizar o número de casos de cáries no país e foi implantada em 1974 através da lei federal 6.050 e regulamentada pelo decreto 76.872 de 1975. A fluoretação é obrigatória no país em localidades onde haja estação de tratamento de água.

No período do governo de Fernando Collor de Melo a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi redefinida a uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) deixa de existir, mas a sistemática do financiamento da rede das unidades de saúde, por transferência de recursos pela produção dos serviços permanece. Os estados e municípios são considerados prestadores estatais de serviços na área da saúde. Esse modelo valorizava a quantidade de procedimentos realizados, mas havia conflitos entre os setores privado e público além do desperdício dos recursos disponibilizados e o mau atendimento à população.

Collor teve seu impeachment em 1992 e nos governos seguintes, de Itamar Franco e dois governos de Fernando Henrique Cardoso, não houve avanço na assistência odontológica no país. As alterações e a implantação de novos projetos ocorreram a partir de 2002 com a eleição a presidência da república de Luiz Inácio Lula da Silva.

5 ODONTOLOGIA PÓS-SUS

O SUS é o sistema de saúde que vigora no Brasil, foi criado em 1988 pela Constituição Federal. A Lei Orgânica da saúde nº 8080 de 1990 fundamentou-o e firma que é obrigatório um atendimento público gratuito na área da saúde a qualquer cidadão, sendo proibido qualquer tipo de cobrança. Os princípios que norteiam o SUS são a universalidade (saúde um direito para todos), integralidade (necessidades de saúde das pessoas que devem ser levadas em consideração) e equidade (igualdade nas oportunidades de utilizar os serviços). Também fica estabelecida a descentralização nas três esferas do governo sendo que a União, Estados e Municípios devem seguir as diretrizes para elaborar suas próprias normas, garantindo o direito à saúde aos cidadãos. Deve ocorrer ainda a participação da comunidade através das Conferências de Saúde (realizadas a cada quatro anos) e dos Conselhos de Saúde, onde metade das vagas são dos usuários e a outra metade fica igualmente distribuída entre profissionais da área da saúde e

governo. Os serviços foram divididos de acordo com o nível de complexidade, o nível primário é oferecido diretamente à população não sendo necessário encaminhá-los a outros serviços disponíveis, um exemplo são as UBS que prestam esse tipo de atendimento. Os serviços de média e alta-complexidade são a referência para UBS. Os usuários são encaminhados e informados sobre o local que prestará o atendimento podendo ser tratamentos quimioterápicos, odontológicos, cirúrgicos, exames etc. Após esse atendimento o paciente é encaminhado com uma contra referência para retornar à UBS e seguir seu acompanhamento no local. Definiu-se também que cada serviço de saúde deve ter uma delimitação de seu território de atendimento, restringindo a área de abrangência, mas não deixando de assistir a população que recorra ao serviço, independente de sua localidade de origem.

Durante o governo Collor houve algumas mudanças no modelo de assistência odontológica no país, entre elas foi aprovada a portaria nº 184, que implantou os Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

Como no período eram financiadas somente iniciativas intersetoriais ligadas a fluoretação das águas e ações individuais relativas à assistência odontológica, sua edição criou condições para que atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal (entre as quais aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado) pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (NARVAI, 2008, p. 93-94).

Em 1989 surge o primeiro decreto que trata da higiene escolar. Havia inspeções em escolas públicas e particulares para identificar e sugerir ao aluno que sofresse de moléstia transmissível, que fosse separado dos demais naquele período. Havia revacinação e tratamento na própria escola.

A partir desse instante, a Reforma Sanitária ganhou impulso no modelo da odontologia escolar. Naquela época, os municípios mais desenvolvidos procuravam assegurar consulta de urgência a toda população e tratamento aos escolares de acordo com os princípios do sistema incremental. Para isso, a maioria dos profissionais era distribuída em unidades escolares. Ao mesmo tempo em que não havia dentistas para todas as escolas, e nem todas as escolas dispunham de espaço para consultório, encontravam-se situações de escolas pequenas, com cerca de quinhentos alunos, providas de um dentista com jornada de quarenta horas, “um luxo”, como se diz popularmente, se consideradas as características de financiamento do sistema (NARVAI, 2008, p. 94).

Em 1988 foi estabelecido um mecanismo para desagregar o financiamento dos sistemas municipais de produção das ações de atenção básica à saúde. Essas ações a partir desse momento começaram a ser financiadas de acordo com o Piso de Atenção Básica. Os municípios recebiam uma parcela mensal fixa de acordo com o número de habitantes e um montante variável, que era disponibilizado conforme a inserção de algumas atividades ou programas determinados.

É importante registrar que no final dos anos 1990 vários municípios brasileiros apresentavam uma rede de serviços públicos odontológicos que assegurava acesso universal à assistência odontológica de urgência e ações programáticas dirigidas aos pré-escolares e escolares e aos usuários de unidades básicas de saúde. Em espaços abertos ao relato e à análise de experiências com a organização da atenção à saúde bucal em sistemas locais de saúde, os trabalhos apresentados indicavam experiências públicas variadas, incluindo ações e serviços voltados para diferentes populações-alvo segundo ciclo de vida (desde recém-nascidos até idosos), características étnicas (indígenas, quilombolas) e contexto social (áreas rurais, instituições de longa permanência etc) (NARVAI, 2008, p. 98-99).

Houve um esforço significativo para a universalização da atenção básica à saúde bucal, além de limitações relativas à integralidade da atenção que foram detectadas no período. A criação do Piso de Atenção Básica ampliou a capacidade de gestão local, o planejamento e a utilização de recursos baseando-se nas necessidades da saúde coletiva.

Em 1993 foi realizada a 2ª CNSB, sobre o tema: Saúde bucal é direito de cidadania. As discussões permitiram aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país. Foram priorizados a saúde bucal como direito de cidadania; novo modelo de atenção em saúde bucal; recursos humanos; o financiamento e o controle social. Houve a aprovação da inserção de Conselhos de saúde (sob controle da sociedade) descentralizados e que garantiria a universalidade ao acesso e a equidade na assistência odontológica, associado a outras medidas para promover a saúde com grande impacto social.

O primeiro levantamento epidemiológico realizado no país foi em 1986. Após dez anos o MS, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), CFO, secretarias estaduais e municipais realizam este segundo levantamento, com finalidade de verificar mudanças ocorridas no perfil da população do país. A pesquisa teve enfoque na cárie dental entre crianças de 6 a 12 anos das escolas públicas e particulares de 27 capitais. A amostra teve 30.240 pessoas analisadas, a média do índice que mede o número médio de dentes permanentes

cariados, perdidos e obturados (CPO-D) foi de 3,06 e o percentual de contribuição do componente perdido no CPO-D foi de 9,42% (BRASIL, 1996).

Um projeto para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi realizado no ano de 2000, através da portaria do MS nº 1.444 de 28 de Dezembro de 2000 estabeleceu incentivo financeiro para reorganizar e investir na atenção à saúde bucal, municipalizando o atendimento e sendo realizado pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

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 MS iniciou no ano de 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 com SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da PNSB 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 (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006. p. 36).

As normas e diretrizes foram regulamentadas pela portaria do MS nº 267 de 6 de Março de 2001, criam-se dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (ESB):

- ESB I: composta por CD e ACD.
- ESB II: composta por CD, ACD e Técnico em Higiene Dental (THD). Atualmente a nomenclatura profissional sofreu alteração e chama-se Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Em 2003 com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva inicia-se um resgate da PNSB, visando a assistência odontológica como direito do cidadão brasileiro, ampliar o atendimento e melhorar a saúde bucal da população. Fundamenta-se integrada ao do SUS preservando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e no controle social, já que a população participa ativamente. Nesse momento os princípios que norteiam as ações, além dos princípios constitucionais são a gestão participativa (todos participam desde usuários até profissionais da saúde na construção da política), ética (toda ação seja realizada através dos princípios universais da ética em saúde), acesso (universal para a assistência, priorizar casos de dor, responsabilizar-se por problemas de saúde da população sua abrangência), acolhimento (humanizar a relação usuário e profissional; receber,

escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar), vínculo (resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta recebida pelo usuário), responsabilidade profissional (implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas).

O Programa Brasil Sorridente foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2004. Está integrado às diretrizes da PNSB, tendo por objetivo aumentar o acesso ao tratamento odontológico. Um levantamento do (IBGE) apurado em 1998 indicou que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Conforme o primeiro levantamento nacional de saúde bucal 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perdeu todos os dentes; 45% dos brasileiros não tem acesso regular à escova de dente. No documento ministerial a política tem o título “Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal”. Vejamos um trecho a seguir:

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas de cuidados” (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 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 secundários e terciários de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

5.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

- Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: as atividades da ESB não devem ser apenas no campo biológico; a equipe deve trabalhar ligada aos profissionais de outras áreas.

- Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação.
- Intersetorialidade: implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.
- Ampliação e Qualificação da Assistência: maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência; garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde; adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.
- Condições de Trabalho: desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho.
- Parâmetros: 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).

5.2 AÇÕES

- Ações de Promoção e Proteção de Saúde
 - Fluoretação das águas
 - Educação em Saúde
 - Higiene Bucal Supervisionada
 - Aplicação Tópica de Flúor
- Ações de Recuperação envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças.
- Ações de Reabilitação recuperação (parcial ou total) das capacidades perdidas, consequência da doença, na inserção da pessoa ao ambiente social e atividade profissional.

5.3 AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Tem a responsabilidade de detectar as necessidades, solicitar os encaminhamentos necessários em cada caso, além de monitorar a evolução na reabilitação, acompanhar e conservar a reabilitação no período pós-tratamento.

A atenção básica desenvolve ações para:

- Prevenção e controle do câncer bucal: realizar exames de prevenção; haver a oportunidade de detectar lesões em campanhas ou visitas domiciliares; acompanhar suspeitas e confirmação de casos da doença tendo um serviço de referência (para encaminhar os usuários); realizar parcerias com universidades e organizações para diagnosticar, tratar e recuperar a saúde do indivíduo.
- Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento: de acordo com a realidade local realizar sua organização; avaliar a situação de risco em consulta de urgência; orientar os indivíduos para retornarem ao serviço dando continuidade ao tratamento.
- Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica: tratamentos em que não seja necessário procedimento cirúrgico.
- Inclusão da reabilitação protética na atenção básica: os procedimentos relacionados às diferentes próteses dentárias estão ligados aos serviços especializados. A implementação gera suporte financeiro e técnico oriundo do MS, que agiliza a instalação de equipamentos para laboratório de prótese dentária em diferentes regiões e capacita Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) do SUS.
- Ampliação do acesso: por linha de cuidado com o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Ou por condição de vida compreende a saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outros.

Houve a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, pois até então o atendimento era apenas dos serviços básicos, mas na área odontológica não ocorreu essa mudança. O MS implementa (ou melhora) os Centros de

Especialidade Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as ESB da atenção básica, interligados ao planejamento regional e realizam procedimentos clínicos odontológicos complementares aos executados na atenção básica. Os procedimentos incluem tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias (parte da odontologia que trata e cura doenças dentais relacionadas à polpa dental-tecido interno do dente, um exemplo é o tratamento de canal), atendimentos a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal, procedimentos compatíveis com esse nível de atenção.

Atualmente são 675 CEO. Outras 96 novas unidades serão inauguradas totalizando 771. Oportuniza o atendimento a pacientes com necessidades especiais, tratamento de gengiva, cirurgia oral e diagnóstico de câncer bucal. Complementando o trabalho das ESB, são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente.

Os profissionais de saúde bucal que atuam nas ESB são o Cirurgião Dentista (CD), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) são responsáveis por participar do planejamento, acompanhamento e avaliação de ações desenvolvidas: identificar necessidades da população; promover, atividades educativas e preventivas; promover ações básicas de vigilância epidemiológica; enfatizar às famílias a importância da saúde bucal; realizar visitas domiciliares.

Os registros realizados nos atendimentos odontológicos são registrados na tabela do SUS na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) procedimento principal, especial ou secundário; na Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) procedimento principal e secundário e no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) consolidado ou individualizado.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária são referência para a confecção sempre que algum usuário do SUS necessitar, seja prótese total ou parcial, mas também há laboratórios terceirizados que prestam serviço. Todos laboratórios possuem registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). É necessário ainda o registro das Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) em odontologia.

O MS através da Portaria nº 2.371 de 2009 instituiu na Política Nacional de Atenção Básica as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), que são consultórios odontológicos, com estrutura em veículo adaptado e equipado, com a finalidade de realizar ações de atenção à saúde bucal, que devem ser realizadas pelas ESB vinculadas a ESF. Desenvolvem ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal de populações rurais, quilombolas, assentadas, áreas isoladas e de difícil acesso. Quando necessário encaminhar o indivíduo para tratamento especializado será referenciado aos CEOs e aos Laboratórios de Regionais de Próteses.

6 INDICADORES

Sendo a prática da saúde bucal coletiva uma prática social, medi-la é um esforço constante. Medir saúde requer indicadores baseados em dados levantados num dado momento pela coletividade, os quais manifestam sua situação sócio-epidemiológica de saúde, ajudando a determinar e definir os caminhos para mantê-las ou superá-las. Isto é dinâmico e transforma as práticas e as políticas de saúde em resultados, bons ou ruins, que podem ser redirecionados.

No ano de 2003 o MS realizou um novo levantamento epidemiológico em saúde bucal, com a participação do CFO, CRO e outras entidades odontológicas, Associações Brasileiras de Odontologia, secretarias municipais e estaduais de saúde, faculdades; além de CD, ACD e Agente Comunitário de Saúde (ACS) entre outros. Todos participaram da realização desse projeto diretamente que envolveu cerca de 2000 profissionais. O quadro abaixo mostra dados relacionados a cárie dental e à condição gengival, em várias faixas etárias, obtidos em 2003.

Quadro 1 - Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal

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, auto percepção em saúde bucal		
Idade	Média do índice CPO-D	Percentual de componente perdido no CPO-D	Percentual de indivíduos com periodonto saudável
5-12 anos	2,78	6,47	0
15-19 anos	6,17	14,42	46,18
35-44 anos	20,13	65,72	21,94
65-74 anos	27,79	92,25	7,89

Fonte: Brasil, MS 2003.

Verificou-se altos índices de cárie entre as crianças, um valor alto de CPO-D (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados); o CPO-D médio para crianças de 6 anos passou de 1,25 para 3,61 aos 9 anos e aos 12 anos temos 6,65. Sendo que dentes cariados tinha um percentual de 60%, 6% extração aconselhada, 5% extraídos, 29% com obturação, dos 6 aos 12 anos de idade. Entre 15 e 19 anos CPO-D 12,7; dos 35 aos 44 anos 22,5; dos 50 aos 59 anos 27,2.

Os quatro indicadores de saúde bucal do Pacto da Atenção Básica 2006, segundo a Portaria nº 493/GM, de 2006, são:

- Cobertura de primeira consulta odontológica programática: é o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas.

Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

- Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada: É o percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada.

Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual de cobertura correspondente a média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade,

em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais: Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.
- Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais: Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida de serviços odontológicos do SUS está respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

Em 2010 foi realizada nova pesquisa nacional de saúde Bucal que tinha por objetivos: diagnosticar condições de saúde bucal da população brasileira em 2010; comparar com a pesquisa de 2003; avaliar o Programa Brasil Sorridente e planejar ações de saúde bucal para os anos seguintes. Realizada em 177 municípios (de 16 capitais, Distrito Federal e cinco regiões do país), 38 mil pessoas entrevistadas e examinadas, dividiram em cinco grupos etários crianças aos 5 anos e aos 12 anos, adolescente de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos.

Avaliou-se o CPO, que é o principal indicador, composto pela soma dos dentes. A definição do MS é a seguinte: cariados (afetados pela cárie e ainda não tratados), perdidos (extraídos em consequência da cárie) e obturados (atacado pela cárie, porém tratados). Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Crianças de 5 anos (dentes de leite ou dentição decídua) em 2003 o número de dentes cariados nessa idade ficou em 2,8 em 2010 passou para 2,3, uma redução de 17%, só que 80% desses dentes não foram tratados.

- Crianças aos 12 anos apresentaram CPO de 2,1, sendo que em 2003 era de 2,8; livres de cáries passou de 31% para 44%; atualmente 1,4 milhão de crianças não apresentam nenhum dente cariado. O Brasil está entre os países com baixa prevalência de cárie nesta idade, pois a definição da OMS deve ser entre 1,2 e 2,6.
- Adolescente entre 15 e 19 anos teve um CPO de 4,2, redução de 30% em 2003 o valor era de 6,1 (18 milhões de dentes não foram atacados pela cárie). Em 2003 o número de adolescentes que sofriam perda dentária era de 27%, atualmente é de 13%.
- Adultos de 35 a 44 anos o CPO que em 2003 apresentou 20,1 hoje é de 16,3, apresentou redução de 19%. Com o acesso facilitado para os tratamentos diminuiu os índices de 2003 para 2010 para os seguintes diagnósticos dentes cariados que era de 2,7 passou para 1,9, perdido era de 13,2 passou para 7,3 e obturado (tratado) passou de 4,2 para 7,1.
- Para idosos entre 65 e 74 anos mais de 3 milhões precisaram de prótese total, 4 milhões próteses parciais (em uma das arcadas dentária); em 2003 a necessidade de prótese parcial ficou em 24% em 2010 23%, prótese total que em 2003 era de 16% passou a 15% em 2010.

O balanço de ações de 2002 a 2010 mostrou que o Programa Brasil Sorridente conta com:

- Equipes de Saúde da Família sendo o atendimento focado na prevenção e no cuidado da família como um todo. O número de equipes em 2002 era de 4.261 e passou para 20.300. As ESF estão presentes em 85% dos municípios brasileiros, em 2002 estavam em 41%. Houve a distribuição de kits 72 milhões de saúde bucal, composto por uma pasta e uma escova de dente.
- Postos de Trabalho que aumentam em 49% o número de dentistas trabalhando pelo SUS, de 40.205 passa para 59.258. Sendo que 30% dos dentistas do país trabalham no programa.

São 17,5 milhões de brasileiros que começaram a ir ao dentista entre 2003 e 2008 (PNAD/IBGE).

- Centros de Especialidades Odontológicas que são a referência para tratamentos especializados totalizaram 853 unidades em atividade e 100 unidades em construção. O número de atendimentos passou de 6 milhões para 25 milhões.
- Unidades Odontológicas Móveis (UOM) que têm o objetivo de prestar atendimento nas áreas rurais do país.

O atendimento odontológico no SUS cresceu passando de 86 milhões para 147 milhões (set/2010).

Até 2003 de todos os tratamentos 11% eram extração dentária, após 2004 esse número vem diminuindo em 2009 atingiu 5,2%.

Foram implantados 664 Laboratórios de Regionais de Prótese Dentária, produzindo anualmente 480 mil próteses.

Foi financiada a implantação de 600 sistemas para a fluoretação de águas para o abastecimento da população, 5 milhões de pessoas foram beneficiadas. Há uma redução de 50% na incidência de cárie com a fluoretação da água.

Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; [...] 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 adstrita (BRASIL, 2004).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que no decorrer dos anos o Ministério da Saúde mostrou um desempenho fundamental para a melhora da saúde bucal da população, através de ações que iniciam desde a visita domiciliar pelo ACS, que pode detectar um problema no usuário como infecção na gengiva ou queixa de dores, até o acompanhamento periódico na US. O trabalho está sendo voltado para várias áreas desde as zonas urbanas até as rurais, tentando desta forma sanar as necessidades da população como um todo. Através da UOM, que se desloca até uma determinada região onde não há um posto de atendimento e muitas vezes não há nem como o indivíduo se deslocar para o município mais próximo, este acesso está sendo ampliado e facilitado.

É claro que estamos ainda a passos lentos, pois há muito a ser feito. O atendimento para as consultas especializadas ainda é demorado, porque a demanda é maior que a quantidade de profissionais disponíveis. Novas legislações deverão surgir para melhorar a assistência à população com novos investimentos financeiros. Atualmente mais profissionais estão se formando com a intenção de trabalhar diretamente com a saúde pública e com o intuito de fazer a diferença, surgindo novas perspectivas e ideias.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) permanecem em construção, pois sempre se obtêm informações importantes para melhorar o fluxo de informações ou o atendimento ao usuário através das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), congressos odontológicos e de saúde coletiva.

Os levantamentos sempre serão necessários sempre para que possamos saber se os projetos surtiram o efeito desejado, se os indicadores evoluíram, se houve melhora na condição de saúde da população e, a partir daí, analisar o que deve ser modificado. Espera-se que os próximos governantes também tenham essa preocupação para que a saúde bucal não retroceda em nosso país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Saúde Bucal**. 2010. Disponível em <www.saude.gov.br/bucal> Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Relatório da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil**. 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> Acesso em: 04 jul. 2012.

_____. **Brasil Sorridente**. 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php>. Acesso em: 04 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental**. 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório técnico científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei n.º 8080. Lei orgânica da saúde SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p.18055-59, 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 5.081. Regula o exercício da odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 104, p. 9843, 26 ago. 1966.

_____. Lei n.º 6050. Fluoretação da água. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 112, p. 6021, 27 maio 1974.

_____. **Cuidados primários da saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários da saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12/09/78. Brasília, DF: OMS, UNICEF, 1979.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE ALMA-ATA, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde Bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. 21. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Programa odontológico escolar de saúde**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social, Divisão de Saúde Pública, Núcleo de Odontologia Sanitária. 1988.

_____. **Sistema Único de Saúde da cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre: SMS/SS, 1992.

_____. **Normas técnicas e rotinas operacionais em saúde bucal**. Porto Alegre: SMS/Divisão de Planejamento, Out. 1995.

SERRA, Carlos Gonçalves. **A saúde bucal como políticas de saúde**: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: < www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td_1998_serra.pdf > Acesso em: 12 jun. 2012.