

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Karolline Oliveira Ramos

SAÚDE BUCAL: uma questão de acesso

Rio de Janeiro

2011

Karolline Oliveira Ramos

SAÚDE BUCAL: uma questão de acesso

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico
de nível médio em saúde com
habilitação em Vigilância em Saúde.

Orientador: Gladys Miyashiro Miyashiro
Co-orientador: Carlos Eduardo Colpo
Batistella

Rio de Janeiro

2011

Karolline Oliveira Ramos

SAÚDE BUCAL: uma questão de acesso

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico
de nível médio em saúde com
habilitação em Vigilância em Saúde.

Aprovada em 15/12/2011

BANCA EXAMINADORA

(Ms. Gladys Miyashiro Miyashiro – FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

(Ms. Carlos Eduardo Colpo Batistella - FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

(Ms. Marta Gomes da Fonseca Ribeiro - FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a toda a minha Família, por seu apoio incondicional e força para realizar não só esse trabalho, mas tudo em minha vida.

Agradeço também aos meus orientadores que foram de fundamental importância para o meu amadurecimento nesta pesquisa. Sem a atenção e paciência que dedicaram a mim seria impossível obter o resultado final deste trabalho.

Não poderia deixar de agradecer a toda turma de 3º ano de vigilância em saúde pela toda a união nos momentos bons e ruins, por toda amizade que foi criada e com certeza permanecerá.

Agradeço ao Thiago por toda a ajuda e força, por me lembrar da minha capacidade nos momentos difíceis não me fazendo desistir.

E por fim, agradeço a todos os professores que já passaram em minha vida, pois seus ensinamentos me transformaram na pessoa que sou hoje, não só no que diz respeito à formação escolar, mas em todos os aspectos da minha construção pessoal.

RESUMO

Este trabalho faz uma discussão sobre o acesso a saúde bucal analisando a assistência oferecida pelo SUS (Sistema Único de Saúde) à população. Para isso, foi necessário um retrospecto do caminhar da saúde bucal junto aos avanços no campo da saúde pública até o contexto atual.

Nos dias de hoje o SUS prioriza a implantação de um modelo baseado na primazia da atenção primária e das ações de promoção e prevenção. Na saúde bucal a atenção primária é realizada principalmente pelas ESB (Equipes de Saúde Bucal) que organiza suas atividades na ESF (Estratégia de Saúde da Família), dentro dos territórios de atuação. A questão da promoção e prevenção dentro da saúde bucal é marcada principalmente pela existência de uma política pública, o Brasil Sorridente, que organiza e aperfeiçoa as ações dos programas de prevenção.

Desta maneira o acesso a saúde bucal foi discutido em meu trabalho dando destaque as ações da ESB dentro dos territórios e os efeitos do Brasil Sorridente em todo território nacional.

Palavras-Chave: SUS. Saúde Bucal. Acesso. Programas. Atenção primária. ESF. ESB. Brasil Sorridente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Recursos federais investidos em Saúde Bucal. Brasil 2002-2006	15
Figura 2 Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado, segundo região	16
Figura 3 Médias do CPO-D e participação de acordo com a idade no ano de 2003	18
Figura 4 Comparação entre as metas da OMS para o ano de 2000 e os resultados do SB Brasil, 2003	19
Figura 5 Cobertura populacional das ESB. Brasil, dezembro/2002 – dezembro/2005	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	10
3 DO PRÉ-SUS AO BRASIL SORRIDENTE	11
4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	30
ANEXO A - ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL.....	31
ANEXO B – UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MÓVEL	31

1 INTRODUÇÃO

Em primeiro lugar, este trabalho surgiu a partir de um interesse pessoal pela área de odontologia e pelos meus conhecimentos adquiridos nesses 3 anos de estudo na epsjv sobre saúde coletiva. Compreendendo não ser possível desvincular o progresso da saúde pública com os avanços na odontologia brasileira, principalmente no que diz respeito ao acesso a saúde bucal, tema do meu trabalho, se tornou necessário me basear na lógica do SUS (Sistema Único de Saúde) como um todo para poder discutir que tipo de odontologia o Brasil tem hoje.

No ano de 2011 o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 23 anos de existência, tendo se tornado ao longo dos anos um dos maiores serviços públicos de saúde do mundo. Desde sua criação a saúde passou a ser considerado um direito social, ou seja, todo indivíduo independente de qualquer característica que o diferencie dos demais possui uma garantia em lei de uma atenção integral à saúde.

Mas nem sempre foi assim, um longo histórico previa a necessidade da criação do SUS, antes mesmo da reforma sanitária, movimento que culminou na criação do sistema de saúde público no Brasil.

O SUS é produto de um somatório de lutas, que diante de muitos desafios se mostrou forte gerando essa conquista. Entretanto, existem contradições e desafios continuam até os dias de hoje.

No nosso cotidiano não são raras as críticas dirigidas ao SUS. No campo da saúde bucal existem duas críticas fundamentais que tentarei abordar de maneira analítica, ainda que não na profundidade necessária, mas suficiente para realização deste trabalho. São elas: A dificuldade de se ter acesso clínico ao dentista e a qualidade do serviço oferecido.

O SUS possui longa história junto com a saúde bucal. Em um passado não muito distante as práticas mutiladoras eram constantes em todo país, se tornando um dos maiores problemas na relação dentista-paciente. Hoje, no Brasil, vemos um apontar para uma nova era que vem se estabilizando com um serviço de atenção primária que busca evitar práticas cirúrgicas desnecessárias e sofridas para os pacientes. Apesar disso, ainda existe um receio com os serviços públicos no Brasil, não sendo diferente na saúde bucal. Uma ida simples ao dentista é quase uma tortura para muitas pessoas que consideram seus equipamentos de trabalho são dignos das ferramentas de tortura do período da

inquisição. Essas pessoas, continuam vendo os serviços odontológicos no SUS com uma visão antiquada que não possui reação com a atual conjuntura, já que como resultado de uma evolução da prática odontológica os tratamentos baseados na mutilação ficaram no passado. Esse imaginário coletivo pode vir a causar sérios problemas bucais, uma vez que algumas pessoas adiam suas visitas aos profissionais. É óbvio que essa parcela da população estará mais vulnerável a problemas bucais mais severos, podendo adquirir tardiamente diagnóstico de algumas doenças, o que é bastante grave principalmente em doenças que necessitam de um conhecimento cedo, como por exemplo, o câncer bucal.

Um agravante a essa situação é que os problemas de saúde bucal não se restringem apenas na área delimitada a boca, ou seja, um indivíduo que possua problemas de cunho oral poderá posteriormente sofrer um agravo que afetará outras dimensões de seu corpo. Além disso, a falta de acesso aos serviços de saúde bucal é um potencial criador de problemas psicossociais. Um indivíduo que não possua uma boca saudável ou tenha perdido dentes poderá sentir vergonha no momento de efetivar suas relações sociais, estando muitas vezes incapacitado de se estabilizar no âmbito pessoal, por exemplo, no ambiente do trabalho. Em uma entrevista de emprego, um indivíduo com aparência considerada “deficiente” ficará em desvantagem em relação aos outros.

Outro problema que faz com que a população tenha certo receio com os serviços de saúde é a dificuldade de identificar e analisar corretamente como o SUS organiza suas ações, muitas vezes o desconhecimento das medidas preventivas é interpretado como uma ausência do estado.

Grande parte das pessoas quando pensam em acesso a saúde bucal pelo SUS, faz logo uma associação com a figura do dentista, que não é o único fator que determina uma boa assistência à saúde, apesar de importante. As medidas preventivas são oferecidas pelo SUS através de programas. Hoje vemos de forma estruturada uma gama de programas que visam à promoção a saúde bucal no SUS. Esses programas impactam de forma direta na saúde da população e se organizam por meio de uma política: O Brasil Sorridente.

Dessa maneira, fica evidente a necessidade de um trabalho que analise as condições de acesso à saúde bucal, levando em conta que o acesso configura uma gama de fatores que proporcionam condições para a população efetivar seus cuidados a saúde bucal, sendo feito por meio de programas e assistência clínica periódica. Para guiar a discussão sobre a atuação dos programas darei ênfase à introdução da saúde bucal na

Estratégia de Saúde da Família, feita a partir da introdução do cirurgião dentistas nas equipes. O ESF é um grande marco na democratização do acesso uma vez que atinge primeiramente áreas estratégicas, ou seja, aquelas que não possuíam um unidade de tratamento e também aumenta a qualidade do serviço uma vez que tendo uma atenção primária de qualidade se torna mais fácil identificar as necessidades do paciente e de toda população no território que ele reside. Assim se torna possível um planejamento mais aprimorado focando em certas regiões além de um cuidado maior com cada paciente. Como dito, o ESF atende apenas casos de baixa complexidade, caso o paciente necessite uma atenção especializada deverá ser encaminhado ao CEO (Centro Especializado de Odontologia), isto revela uma tentativa do SUS de não só quantificar o número de pessoas atendidas, mas também qualificar o atendimento em todos os níveis.

Assim meu trabalho será guiado por três grandes objetivos, são eles: Conhecer os atuais programas de promoção e prevenção à saúde bucal; analisa a Estratégia de Saúde da Família – ESF e como suas ações podem beneficiar a saúde bucal e identificar como a assistência odontológica na ESF está sendo realizada atualmente.

2 METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa que realizará revisão bibliográfica em artigos científicos, livros, revistas e internet priorizando sites do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal do Rio de Janeiro.

Em relação à saúde bucal no SUS, será analisada a sua trajetória e os principais programas do Ministério da Saúde. As publicações do Paulo Capel Narvai e Paulo Frazão serão os autores de referência para esta discussão.

Para analisar o acesso, serão utilizados dados epidemiológicos como o índice CPO-D, que avalia as condições de saúde bucal quantificando o número de dentes perdidos, cariados e obturados de determinada população. Também serão utilizados dados que visam analisar a Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

3 DO PRÉ-SUS AO BRASIL SORRIDENTE

Vale analisarmos nesta etapa do trabalho um pouco do processo histórico da saúde bucal dentro do SUS, relacionando diretamente os avanços da saúde bucal e os avanços no SUS.

Primeiro, vale lembrar que a história da saúde no Brasil não se inicia na reforma sanitária da década de 70, apesar de ter se intensificado nesse período. A saúde no Brasil se apresentou como uma questão com a chegada da família real no Brasil. Entretanto, antes de sua chegada, já havia profissionais que se destinavam a todas as áreas incluindo a prática odontológica. Tal prática era rudimentar, com poucos instrumentos e nenhum estudo científico, se valendo apenas do conhecimento adquirido com o passar do tempo para exercer a função de dentista, que se limitava a procedimentos "curativos". Tiradentes, hoje patrono da odontologia brasileira é um exemplo disto. Ele aprendeu seu ofício com seu padrinho, cirurgião dentista. Esta prática de se aprender o ofício com alguém próximo e assim adquirir o direito de exercer a atividade era comum na época (Narvai & Frazão, 2008)

Entretanto, a prática de se tratar com profissionais, que na época eram considerados especializados, era privilégio de parte da população, essa parte corresponde aos brasileiros que possuíam costumes semelhantes aos portugueses, em geral essas pessoas possuíam um poder aquisitivo maior que o resto da população, tornando os serviços a saúde excludente.

Os outros grupos sociais se cuidavam da maneira que lhe cabiam. De acordo com a cultura os grupos se organizavam, por exemplo, os indígenas e os negros faziam cultos e rituais, que envolviam ervas e tratamentos naturais para amenizar a dor (Narvai & Frazão, 2008)

Com a chegada da Família Real houve uma preocupação em regulamentar a questão da saúde no Brasil, contraditoriamente, a chegada de um número tão elevado de portugueses trouxeram doenças como a cárie dentária mais severa.

“Em Brasil 500 anos: país dos ‘banguelas’, afirmamos que a chegada dos portugueses causou espanto. Tudo era muito estranho, das caravelas às roupas e barbas. Mas as bocas impressionaram igualmente. O escorbuto dilacerava as comissuras labiais e as gengivas. A cárie dentária completava a mutilação dentária e produzia uma boca banguela muito diferente. Havia cárie entre os primeiros habitantes do Brasil, mas a ocorrência não se comparava à observada

entre os que chegavam. Os anos e os séculos foram se passando e, além de se transformar no país do futebol e do carnaval, o Brasil via sua imagem se associar a de país de banguelas. Não porque a cárie dentária tenha sido ‘transmitida’ pelos portugueses como o foram outras doenças (sífilis, por exemplo), mas por causa da cana-de-açúcar que ocupou papel central na economia Brasileira durante todo o período colonial.” (Narvai, 2000:1 apud Narvai & Frazão, 2008).

Esta citação exemplifica o processo que tornou a cárie dentária no Brasil um problema de saúde pública bastante incidente e severo, apontando uma variável que não pode ser desvinculada da saúde bucal da população: Hábitos de consumo. Antes a população brasileira não consumia tanto açúcar. Com a chegada dos portugueses os hábitos alimentares dos nativos sofreram modificações, o que ocasionou um maior consumo deste produto aqui no Brasil e logicamente os índices de cárie aumentaram consideravelmente. Hoje em dia o açúcar ainda é bastante consumido por toda a população, estando em grande quantidade em diversos alimentos, sendo uma possível causa ou fator agravante nos índices de cárie dentária no Brasil, entre outras doenças estimuladas por maus hábitos de consumo.

Essa população com severos problemas se viu entregue nas mãos dos cirurgiões dentistas e dos barbeiros, entretanto já se iniciavam avanços na regulamentação dessas atividades. Em 1811 se teve notícia da primeira “Carta de Dentista”, essa carta autorizava o cirurgião dentista há tirar dentes, não o permitindo realizar nenhuma outra atividade além desta. Outro marco ocorreu 45 anos depois na faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que começou a aplicar exames para os dentistas serem considerados aptos para praticar a profissão. Em 1884 foi criado pelo decreto 9.311 o primeiro curso de odontologia na faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, os formando ganharia título de dentista. Nove anos mais tarde os profissionais desta faculdade ganhariam o título de cirurgião-dentista (Narvai & Frazão, 2008).

Mais tarde, outro marcos da trajetória da saúde bucal ocorreu, principalmente com a proclamação da república, a revolução de 1930 e mais tarde em 1953 com a criação do Ministério da Saúde Pública. Com a criação do ministério foi necessário a fixação de várias regras que visava regulamentar ainda mais a atuação dos profissionais. A primeira medida tomada foi a reforma do ensino e a aprovação da legislação restritiva da atividade odontológica em 1933 (decreto nº 23.540). Nessa legislação restritiva só

poderia exercer a profissão diplomados por escola federal ou equiparada. Os profissionais que já exerciam a atividade sem diploma tinham o prazo de seis meses para se adaptar as novas regras. Essa nova legislação se efetivou apenas um ano depois, em 1934 (Narvai & Frazão, 2008).

Os avanços em pesquisas sobre as práticas odontológicas, realizadas nos EUA, influenciaram diretamente no exercício da profissão no Brasil. A principal pesquisa realizada nesse período analisava a atividades dos profissionais e apontou uma insuficiência do ensino nas faculdades.

“Alguns efeitos das recomendações de Gies, adotadas pelo governo americano, fizeram-se visíveis ao longo do século XX, como, por exemplo: ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como locus privilegiado do exercício profissional.” (Moisés,2008:84 apud Narvai & Frazão, 2008).

No que diz respeito ao século XX brasileiro, a odontologia de mercado ganhou força apoiado na utilização de tecnologias cada vez mais sofisticadas para a prática odontológica. Nesse mesmo período pode ser observado o início das práticas curativas e não mais se restringindo ao exercício mutilador.

Além dessas mudanças, verificou-se um aumento considerável no número de profissionais ao longo do século XIX, o que produziu a necessidade de se criar uma organização da categoria. Em 1964 foi criado o Conselho Regional de Odontologia (CFO), que se vinculou ao Ministério do Trabalho a fim de fiscalizar o exercício da profissão (Narvai & Frazão, 2008).

Em 1966 surgiu a lei 5.081 que regulamentou a prática odontológica no Brasil. Com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, houve um salto na expansão da assistência médica-odontológica no setor estatal (Narvai & Frazão, 2008).

Este aumento sofreu outro pico em 1970 quando trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos foram incorporados na previdência. Diversos convênios com clínicas e hospitais privados foram realizados em todo o país. Contudo os que não possuíam benefícios da previdência só obtiveram algum tipo de serviço, mesmo os de baixa complexidade, em 1974 quando surgiu o Plano de Pronta Ação, que oferecia assistência de urgência e emergência.

Para o setor previdenciário administrar assistência à saúde, aposentadorias, pensões etc, ficou muito pesado, sendo necessário a criação do INAMPS (Instituto de Assistência Médica e Previdência Social). Contudo o resultado foi a acentuação do que seria a saúde pública - saúde previdenciária. No âmbito da assistência odontológica essa dicotomia se acentuou ainda mais.

De um lado o modelo da odontologia escolar realizado pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp/Ministério da Saúde) e por diversas secretárias estaduais e municipais de educação e, por outro lado, se configura os serviços odontológicos financiados pelo Inamps, movidos pela demanda espontânea que visava restauração de dentes, extração ou fins anestésico. Tal modelo cirúrgico-restaurador oferecido pelo Inamps foi incorporado à odontologia brasileira, graças aos preceitos liberais de mercado que guiam hoje grande parte das práticas odontológicas (Narvai & Frazão, 2008).

Entretanto, a crise ao modelo previdenciário apontou a necessidade de se mudar a forma que estava sendo feita a prática odontológica aqui no Brasil. Foi criado então em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (decreto nº 86.329) (Narvai & Frazão, 2008).

Diante desse processo ficava evidente a necessidade da criação de um serviço de saúde público, que não restringiria os serviços e que dessa atenção integral a toda população. A partir da nova constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2006).

A inserção da saúde bucal no SUS foi marcado por contradições e conflitos. Pessoas de referência que administravam os serviços do SUS viam como desnecessário os investimentos na área de assistência odontológica, valorizando outras áreas em detrimento da saúde bucal.

Esse processo deu maior importância ao mercado privado que pelos preceitos liberais começou a dominar a assistência odontológica, que com o tempo passou a ser referência para os tratamentos. Contudo o SUS que teve sua origem no princípio da integralidade não poderia recuar totalmente em uma área como a saúde bucal.

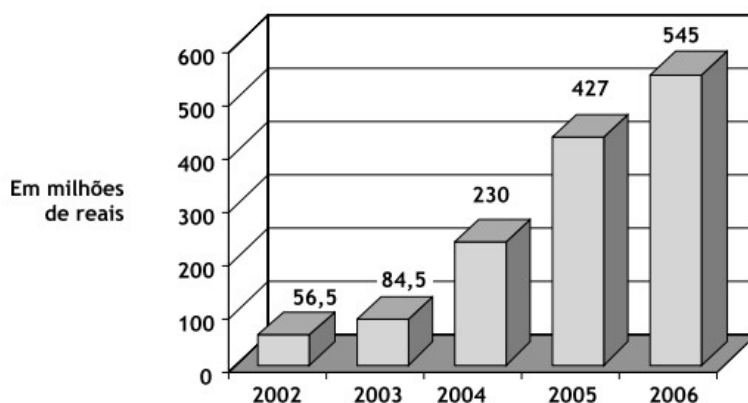
A saúde bucal dentro do SUS caminhou de maneira lenta em grande parte do processo. Sua marca eram os programas focados, como a fluoretação das águas, que não se agregavam a qualquer outro programa, agindo isoladamente, tendo seu progresso

minimizado. No que diz respeito a prática clínica a assistência odontológica pública se caracterizava principalmente por práticas mutilatórias. Isso é explicado pela precariedade de material, tendo os dentistas que trabalhar com instrumentos que visavam mais a extração que a recuperação e pela grande degradação que a boca dos pacientes se encontravam no momento do tratamento, seja esse fato pela dificuldade de acesso que a população tinha ou pela cultura errônea que fazia as pessoas acreditarem que uma visita ao profissional de saúde só é necessário quando se percebe algo fora do natural.

Diante da ineficiência dos programas e da precária assistência odontológica, o SUS se viu obrigado a reorganizar a sua atuação na área da saúde bucal. Em decorrência dessa necessidade ocorreu uma mudança que simboliza um grande progresso não só da saúde bucal, mas da saúde pública como um todo: A criação do Brasil Sorridente. O Brasil sorridente surgiu em março de 2004, não sendo um programa e sim uma política que possui o poder de agregar estrategicamente uma gama de programas já existentes na área da saúde bucal os aprimorando e ainda criando novas estratégias. Uma política de saúde tem a capacidade de deslocar muitos recursos, pela primeira vez a saúde bucal ganhou investimentos consideráveis (BRASIL, MS/SAS/DAB/CNSB, 2006).

Figura 1

Recursos federais investidos em Saúde Bucal. Brasil 2002-2006.



Fonte: Ministério da Saúde

Como podemos verificar a partir da tabela 1, muitos recursos foram deslocados para desenvolver ações no âmbito da saúde bucal. Seu principal objetivo aperfeiçoar o acesso e trazer uma nova forma de se ter saúde bucal dentro do território nacional se tornava cada dia mais próximo.

A reorganização da Saúde Bucal guiada por essa nova visão do SUS não afeta apenas os programas, até mesmo as ações dentro das clínicas sofreram modificações. Para o sistema de saúde começar a pensar que a solução para melhorar a saúde bucal era a união promoção e prevenção em saúde com um fazer clínico de qualidade foi um longo processo, que hoje apresenta resultados.

O atual momento que a Saúde Bucal vive, onde existem recursos disponíveis, destinados à obtenção de materiais, e com uma nova consciência que aponta o processo clínico-curativo como uma ação que deve recuperar o paciente da forma menos dolorida possível, as práticas odontológicas se tornaram mais humanas e como consequência muito menos mutilatória.

Como dito anteriormente, a saúde bucal não foi uma das áreas priorizadas no início do SUS e por isso muitas mudanças básicas só ocorreram com o nascimento do Brasil sorridente. Entretanto, mesmo antes dessa política de saúde nascer o SUS já modificava de maneira bastante expressiva a saúde bucal, como mostra esse índice CPO-D (Cariados, Perdidos e Obturados) onde é feita uma comparação entre o pré-sus (1986) e o SUS (1996 e 2003).

O que indica que mesmo na dificuldade de articular seus programas e em um fazer clínico precário o SUS melhorou a saúde bucal brasileira já em seus primeiros anos de existência.

Figura 2

Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado, segundo região.

	1986	1996	2003
Brasil	6,7	3,1	2,8
Norte	7,5	4,3	3,1
Nordeste	6,9	2,9	3,2
Sudeste	6,0	2,1	2,3
Sul	6,3	2,4	2,3
Centro-Oeste	8,5	2,9	3,2
Fonte: Ministério da Saúde			

O declínio do índice de CPO-D (cariados, perdidos e obturados) nos escolares brasileiros nos anos de 1986 e 1996, onde a hipótese para essa diminuição é a efetivação das campanhas de fluoretação das águas e o índice obrigatório de fluor nas pastas (Narvai et al, 1999). Tais medidas fazem parte dos programas de promoção a Saúde Bucal que hoje foram incorporadas como parte da estratégia do Brasil sorridente.

A fluoretação das águas é uma medida que visa diminuir a incidência de cáries da população. Sendo bastante eficiente chega a reduzir 60% dos casos e tem como objetivo atingir toda a população independente da classe social e das condições econômicas. No Brasil a fluoretação das águas é previsto por lei desde 1974, nos termos da Lei 6.050/1974 e normas complementares (Ministério da Saúde).

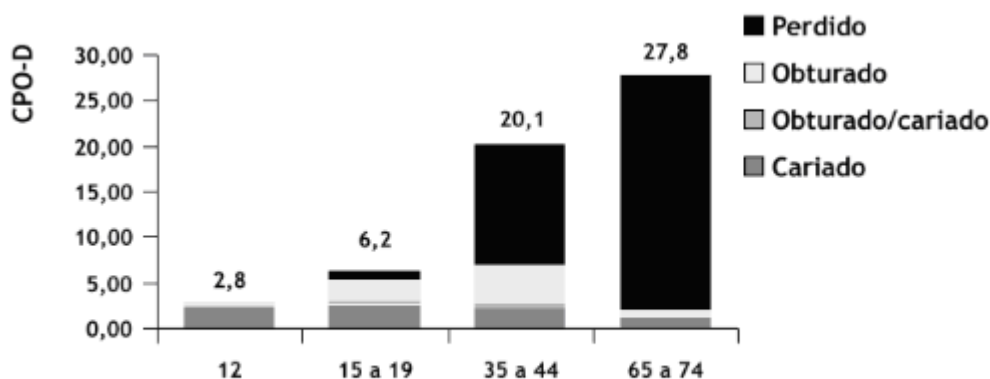
“A comparação entre os dados obtidos no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil – relativos ao CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo) dos municípios que têm água fluoretada e dos que não têm apontou notáveis diferenças. O CPO-D nas crianças de 12 anos e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada foi de 2,27 e 5,69, respectivamente. Já nos municípios que não têm flúor na água, o CPO-D médio das crianças de 12 anos foi de 3,38 (49% maior) e dos adolescentes de 6,56 (15% maior).” (site do Ministério da Saúde)

Vale ratificar que o Brasil sorridente agregou outros programas que impactam a saúde bucal tanto quanto a fluoretação das águas, citado anteriormente. Isso pode ser verificado na figura no anexo A, onde é demonstrada a forma de organização das ações do Brasil Sorridente.

Na figura 3, a seguir, podemos verificar dados que dizem respeito mais precisamente aos índices CPO-D do ano de 2003, onde podemos observar uma relação entre o índice e a idade da população. Esse gráfico reafirma que a Saúde Bucal era muito mais precária nas décadas anteriores, uma vez que a população com o maior índice possui idade mais avançada. Esse resultado ilustra toda a discussão realizada sobre as práticas mutilatórias, como pode ser observado entre as pessoas com 65-74 anos há um grande número de dentes perdidos.

Figura 3

Médias do CPO-D e participação de acordo com a idade no ano de 2003



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

Em grande parte como resultado da prática do Brasil Sorridente o índice CPO-D continuou diminuindo. Em 2003 era de 2,8 hoje se encontra em 2,1, índice atual responsável pelo ingresso do Brasil na lista de países de baixa prevalência de cárie e pelo seu título de menor índice de CPO-D da América Latina (Revista PSF)

É óbvio que os avanços na Saúde Bucal foram e são determinantes para a melhoria da qualidade de vida sendo considerada a principal causa por muitos estudiosos da área. Entretanto não podemos deixar de citar que paralelo aos avanços da saúde muitos setores no Brasil também melhoraram podendo influir nesses índices, como o social com o aumento do poder aquisitivo da população que reflete muitas vezes em uma melhoria da alimentação trocando produtor altamente doces e gordurosos por alimentos mais saudáveis que matam a boca em um melhor estado ao longo do tempo.

Os incentivos à mudanças nos hábitos alimentares da população também influem como por exemplo nas escolas a substituição de doces na sobremesa por frutas nos intervalos das aulas.

A educação também é fator determinante, a higiene que é ensinada nos primeiros anos escolares, onde a criança aprender a lavar as mãos e escovar os dentes, é levado para o resto da vida como um hábito. Além disso, o próprio SUS tenta de alguma forma educar a população, um exemplo disso se encontra no gráfico que explica como o Brasil sorridente organiza suas ações, constando como uma medida a distribuição de kits de higiene. Com a distribuição desses kits a um incentivo ao cuidado com a saúde dos

dentes e muitas vezes os dentistas se envolvem nessa distribuição para dar instruções quanto a utilização correta do material.

Ainda dentro da educação em saúde vemos empresas se envolverem na distribuição de materias e incentivarem a escovação de dentes a fim de fazer propaganda dos seus produtos de higiene. É certo que o lócus do mercado privado não pode ser considerado uma fonte de conhecimento confiável para população uma vez que suas medidas e ações vão sempre visar estimular o capital de suas empresas e não aumentar a qualidade de vida, mas ainda sim é uma medida educativa e não se pode caracteriza-la como algo diferente.

Ou seja, a melhoria da saúde bucal não está necessariamente associada aos programas ou as ações clínicas do SUS, mas a uma gama que englobam condições economicas e sociais de uma sociedade, que influem direta ou indiretamente, mesmo esses não tendo relação com o SUS.

Apesar disso, o levantamento do índice CPO-D é um estudo concreto que melhor analisa o resultado nas melhoras no campo das políticas públicas de saúde bucal deixando a expectativa que as ações do Brasil Sorridente ainda vão continuar a influir de forma possitiva, melhorando o acesso á saúde bucal e como consequencia a qualidade de vida de toda a população brasileira.

Figura 4

Comparação entre as metas da OMS para o ano de 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: Ministério da Saúde

Vale destacar que os dados epidemiologicos levantados como os índices CPO-D, dados como a corbertura dos programas e os efeitos sobre determinada população são importantes para guiar as ações do ministério público e intervir sobre determinadas áreas de maneira diferenciada, uma vez que a realidade destes programas não atinge de

maneira igualitária toda população brasileira. As causas para cada território se configurar de diferentes maneiras são muitas, entre elas podemos citar as condições políticas, econômicas e geográficas. Que possuem capacidade de relativizar as ações dos programas e sua forma de atuação se tornando muitas vezes empecilho para certas ações em determinada área. É óbvia a necessidade desses levantamentos epidemiológicos a fim de permitir ao SUS estudar e avaliar como a SB está sendo feita e qualificar as ações dos programas.

Portanto, a história da saúde bucal está em constante evolução, que ocorre muito antes da criação do SUS. De uma maneira geral a questão do acesso a saúde bucal já começou a ser modificada desde o momento que o SUS surgiu garantindo por lei o direito da população brasileira de usufruir de serviços de saúde de qualquer nível de complexidade.

Hoje o SUS não se baseia apenas na atenção clínica, promoção, prevenção e recuperação em saúde são conceitos essenciais para se entender a dinâmica criada pelas políticas e programas a fim de tornar próximo da realidade de todos brasileiros as propostas do SUS.

4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL

O surgimento da PSF (Programa de saúde da família) é fruto de discussões que se iniciaram em 1986 com a reforma sanitária, que colocou em questão conceitos como saúde/doença e modelos de atenção que apontaram para uma necessidade de reformular a maneira como as ações em saúde aconteciam. Nesse contexto, como fruto das novas ideias, surgiu a saúde comunitária, que leva em conta o território, a família e a relação dos profissionais de saúde com os pacientes, fazendo surgir o início de um novo modelo de organização dos serviços saúde.

Em 1991 é implantado o primeiro programa de agentes comunitários de saúde (PACS), que antecedeu os PSF, que hoje é chamado de ESF (Estratégia de saúde da família) por não se tratar de apenas um programa. O PSF surgiu apenas em 1994.

A diferença fundamental entre o PACS e o PSF diz respeito a constituição da equipe, o PACS era formado apenas por agentes comunitários de saúde enquanto o PSF precisa da presença de um médico generalista.

O PSF surgiu como uma tentativa de organizar a atenção primária, aprimorando as ações de prevenção, promoção e recuperação em saúde, apostando na territorialização e na relação mais estreita entre profissionais de saúde e as famílias como ferramentas centrais para poder atender aos cuidados de saúde de uma maneira mais complexa, onde o bem estar do homem pode ser analisado pelos profissionais que vão considerar mais que o mero estado patológico em que o paciente se encontra.

Neste modelo de atenção a família ganha um grande destaque, sua importância é justificável uma vez que ela é a base dos valores e crenças de uma sociedade, reforçando hábitos e gerando novos conceitos. Além disto, compreender como as relações sociais ocorrem com cada pessoa é necessário para uma análise total de sua condição de saúde.

Hoje a ESF atua dentro dos territórios com a implantação de uma estrutura física, equipada e estruturada para atender casos de baixa complexidade, elas possuem uma organização parecida com os antigos “Postos de saúde”, com uma localidade e equipe de profissionais fixa. As equipes fixas são de suma importância para construir uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e as famílias.

A cobertura no território é realizada com visitas domiciliares de rotina e são feitas principalmente pelos ACS (agentes comunitários de saúde). Os ACS são pessoas

que moram naquele bairro antes mesmo da instalação da ESF naquela localidade, e trabalhando para o serviço de saúde utilizam seus conhecimentos sobre o território e a relação com os moradores para levar informações e propostas que a ESF está tentando agregar no cotidiano daquele território. Portanto, os ACS fazem uma mediação entre a população e os profissionais de saúde.

Cada agente comunitário é responsável por um número de famílias fixas, que corresponde apenas a uma pequena parcela da cobertura que o ESF faz em todo o território.

Os ACS são de extrema necessidade para o sucesso da ESF dentro da localidade, já que seu papel assegura os interesses da população, passando as demandas de determinada área para os profissionais de saúde, guiando e alertando às pessoas sobre a necessidade e disponibilidade de consultas e falando sobre campanhas de saúde. Suas ações auxiliando o em ações básicas e necessárias para o funcionamento da ESF, como aviso de resultado de exames e marcação de consultas em domicílio. Mas sua função não se limita as ações citadas, o trabalho realizado é bastante complexo e difícil de ser definido. Na realidade, os ACS têm uma função de vigilantes, e sendo moradores do território seu papel se estende além do seu período de trabalho. Um agente comunitário sempre está atento a questões que dizem respeito às condições econômicas de uma família, a problemas de saúde que não são devidamente tratados, como uma perturbação mental, estando atento também a problemas relacionados a violência dentro de um lar, entre outras questões, que são de difícil percepção para os profissionais de saúde.

Com todas essas informações coletadas, os ACS podem agir entrando em contato com assistentes sociais e pessoas capacitadas que possam intervir naquela situação. Os ACS são o exemplo real quando dizemos que a proposta do ESF tende a romper com o biologicismo.

Na idéia original da ESF, as equipes deveriam ser constituídas de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), contudo diante da necessidade dos territórios outros profissionais, como os dentistas, começaram a ser introduzidos nas equipes diversos profissionais de saúde, transformando em uma das características da ESF a formação de equipes multiprofissionais.

As visitas domiciliares não são realizadas apenas pelos agentes comunitários, mas também por toda equipe quando necessário, um paciente tem dificuldade de

locomoção terá disponibilidade de ter médicos, enfermeiros, entre outros profissionais, o atendendo em casa.

A introdução de dentistas ocorreu em 2000, tendo sido regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, frente à necessidade do Ministério da Saúde de ampliar o acesso à saúde bucal (BRASIL, 2006).

Esse fato iniciou um grande incentivo financeiro e a reestruturação da atenção a saúde bucal com a formação de equipes de saúde bucal constituídas por CDs (cirurgiões-dentistas), atendentes de consultório dentário (ACDs) e técnicos de higiene dentária (THDs). Existiam dois tipos de ESB (equipe de saúde bucal): ESB modalidade I, constituída por um cirurgião dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD) recebendo em média R\$ 5.000,00 para implantação e R\$ 13.000,00 por ano, e ESB modalidade II formado por cirurgião dentista (CD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD) recebendo em média R\$ 5.000,00 para implantação e R\$ 16.000,00 por ano (BRASIL, 2006).

Esses valores são incentivos para assegurar a implantação e manutenção, como a compra de materiais, para as equipes de saúde bucal.

No início cada ESB era responsável por cobrir em média 6.900 pessoas, o que impedia que as equipes conseguissem dar a atenção necessária à população, indo contra os princípios básicos da ESF. Depois da portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a agregar uma equipe de ESB para cada 3.240 pessoas diminuindo em mais da metade a cobertura anterior, potencializando as ações dentro do território. Nesta portaria também houve uma mudança quanto aos financiamentos, passando a Modalidade I para R\$ 15.600,00 e para Modalidade II 19.200,00 aumentando dessa maneira os incentivos destinados aos ESB por ano (BRASIL, 2006).

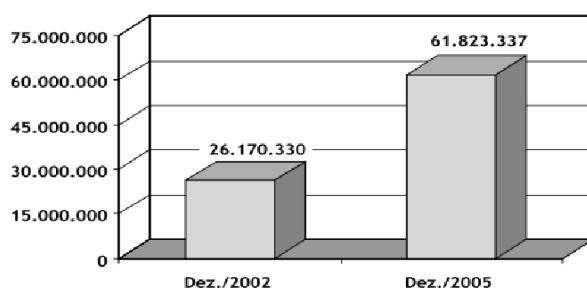
Atualmente a portaria que vigora é a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, que deslocou mais incentivo, a ESB Modalidade I passou a receber R\$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 por ano, valores muito superiores se comparados aos iniciais. Também foi adicionado um incentivo de R\$ 6.000,00 a cada Modalidade para ser destinada a obtenção de materiais, além disto, a Modalidade II passou a receber um equipo odontológico (cadeiras odontológicas, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para os técnicos em higiene bucal (THB) (BRASIL, 2006).

Os aumentos nos incentivos para as equipes de saúde bucal simbolizam o

sucesso que a introdução dessas equipes na ESF, melhorando o campo da saúde coletiva. O número de territórios que contam com uma equipe de saúde bucal está aumentando. Na figura 5 podemos observar que em 2002 a cobertura total era de 26.170.330 habitantes. Em 2005 a cobertura aumentou para 61.823.337, o que representa um aumento de 136%. Isto é, em três anos, a cobertura de saúde bucal aumentou mais que o dobro.

Figura 5

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



Fonte: Siab

O número de ESB vem crescendo no Brasil o que significa dizer que o número de pessoas com acesso a serviços odontológicos básicos também vem aumentando, a democratização do acesso à saúde bucal toma forma diante das estatísticas.

A introdução das equipes de saúde bucal foi de suma importância não só na luta por um acesso à saúde bucal de qualidade para todos, mas também no campo da saúde pública como um todo. A formação de ESB torna o SUS mais próximo de sua proposta inicial.

Os princípios do SUS, integralidade, universalidade, equidade e descentralização estão presentes na formação de ESB. Um exemplo de presença da integralidade está nas ações de saúde da ESF, que promove a saúde como um todo não dando destaque apenas a parte clínica, mas fazendo sempre uma união com saúde bucal, saúde mental e outras áreas de grande importância, o que vem a melhorar a qualidade de vida da população. A universalização pode ser observada pela ampliação do acesso à saúde bucal, já que as visitas domiciliares apontam a tendência de afetar pessoas que antes consideravam desnecessário a ida ao dentista e até mesmo a pessoas que possuem dificuldades de

locomoção (deficientes físicos, idosos, pessoas com problemas psicológicos e até mesmo portadores de doenças crônicas que se encontram em estágio avançado). A equidade está presente quando se prioriza a implantação em determinadas áreas que possuem menos recursos de saúde disponíveis, essa introduzindo equipes em lugares mais precários, leva a saúde a áreas de difícil acesso como as favelas, onde grande parte de sua população possui um poder aquisitivo baixo indicando uma necessidade eminente da saúde pública nesses lugares. Um exemplo da introdução de equipes em áreas de difícil acesso é a utilização das unidades móveis de saúde bucal, como mostra a figura B do anexo. Utilizar unidades móveis não é o ideal, uma vez que é de grande importância a existência de um espaço físico representativo dentro do território, já que ele faz parte da construção do vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde. Contudo, em um território onde a criação de um espaço físico é inviável esse tipo de recurso se torna justificável.

Já a descentralização pode ser verificada em toda a ESF, desde o projeto de criação até as ações das equipes. Nessa estratégia o modelo centrado no hospital se torna obsoleto e dá lugar a profissionais que desenvolvem um trabalho constante em todo território visando o conforto dos seus pacientes, muitas vezes as consultas são realizadas na casa das pessoas, não apenas em consultórios.

O objetivo do Governo Federal articulado com as secretárias estaduais e municipais é que se implante Postos de saúde da Família em todo o território nacional, a fim de a atenção primária consiga suprir a demanda da população, freando o aparecimento de casos com complexidade maior.

No âmbito da saúde Bucal a democratização do acesso a partir do aumento do número de equipes do ESB dá indícios à superação do período em que o mercado privado se tornava referência nos serviços odontológicos, e dentes degradados não era apenas um problema de saúde, mas uma questão de classe social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Bucal no Brasil cresceu de maneira surpreendente ao longo de toda sua história, em alguns anos saímos de uma assistência clínica precária com apenas alguns programas e pouca ação efetiva para uma organização complexa guiada por uma política de saúde, o Brasil Sorridente. Hoje o governo está focado em melhorar a promoção e prevenção em saúde, e como consequência disso, houve uma ampliação do modelo de atenção básica em todo o território nacional.

Essa ampliação da atenção primária é realizada principalmente pela implantação da ESF (Estratégia de Saúde da Família). A cobertura da ESF tem aumentado bastante ao longo dos anos. Sua interferência em um território é feita por meio de equipes capacitadas.

Diante da necessidade de ampliar o acesso à atenção primária no campo da saúde bucal, no Brasil, surgiu a ESB (Equipes de Saúde Bucal), que contam com Cirurgião Dentista, Atendentes de consultório dentário e Técnico de Higiene Dentária. As equipes de saúde bucal funcionam junto com a estratégia de saúde da família dentro do território.

A atuação dessas equipes vem apresentando resultados positivos, criando uma expectativa para os próximos anos. Isso é possível já que grande parte dos problemas bucais descobertos e tratados no início podem significar uma recuperação total do paciente. Além disto, a importância dada à promoção estimula a realização de campanhas educativas por parte dos profissionais de saúde, dando destaque a temas de grande importância, como a necessidade da visita periódica ao dentista, escovação correta e ensinamentos sobre o auto-exame bucal, configurando uma ação de promoção cujos resultados em geral são significativos, evitando a ocorrência de problemas de saúde, como a cárie dentária.

Atualmente a ESF é considerada a melhor maneira de reformular a saúde pública do Brasil, entretanto, existem discussões que levam em conta o cotidiano do brasileiro para avaliar se as ações das equipes são adequadas.

As condições sociais e econômicas afetam diretamente o estado de saúde de uma população. A ESF, que possui sua cobertura em áreas onde o poder aquisitivo da população em geral é mais baixo, deve estar atenta aos cuidados das famílias mais carentes.

Saúde não é ausência de doenças, e fatores que afetam o bem-estar humano, como os problemas financeiros, podem vir a se transformar em um importante fator no processo de adoecimento de um indivíduo.

A falta de dinheiro muitas vezes faz com que as pessoas morem em áreas mais acessíveis economicamente, onde é possível encontrar uma estrutura sanitária mais precária. Essa parcela da população pode vir a ser exposta por um grande número de doenças associadas à falta de saneamento básico como coleta de lixo seletivo, rede de esgoto encanada, pavimentação, etc. Apesar da equipe da ESF estar sempre atendendo à população, encaminhando exames, discutindo diagnóstico e disponibilizando medicamentos necessários para o indivíduo se curar, a exposição no território é constante existindo a chance de uma nova contaminação.

Muitas vezes a população não possui água encanada e utiliza recursos como a criação de poços de uso particular que não irão ter tratamento adequado e, portanto, não terão o teor de flúor na água desejado para se evitar o surgimento de cáries. Além disso, em muitas situações os produtos de higiene são de difícil acesso a algumas pessoas que moram nesses territórios. Um dentista da equipe de saúde pode fazer obturações em um paciente, tirando de sua boca os focos de cárie, entretanto, se ele não possuir dinheiro para a compra de creme dental uma nova cárie pode vir a aparecer.

Os efeitos do poder aquisitivo de uma população também estão presentes nos hábitos alimentares, que é um importante fator para a prevenção de alguns problemas de saúde. Os hábitos alimentares fazem parte da cultura de uma sociedade, mas também podem estar relacionado ao baixo poder aquisitivo de uma pessoa. Com pouco dinheiro disponível para alimentação a população vai dar preferência a produtos de menor preço, que em geral, são ricos em carboidratos açúcar. Um indivíduo que tem o costume de comer muito açúcar está sujeito a ter problemas dentários com mais incidência do que aquele que tem uma alimentação mais equilibrada. Quando um médico da ESF manda o paciente evitar determinado tipo de comida para não desenvolver doenças, tem que compreender que a escolha da alimentação não está ligada apenas a vontade do indivíduo.

A atenção primária pode ser a melhor forma de se estruturar a saúde pública, mas sozinha não é o suficiente para melhorar a condição de saúde da população. Os progressos ocorridos no campo da saúde bucal, como a diminuição significativa do índice CPO-D, também podem ser fruto de um crescimento econômico e social que o

Brasil teve nas últimas décadas. Paralelo ao aumento de cobertura da ESF deve existir outros avanços que ajudem a melhorar a qualidade de vida da população, só assim as ações de saúde vão apresentar os resultados positivos que são esperados.

Existem outros problemas que dizem respeito à própria organização da ESF e sua relação com a população. A interação da população com os profissionais de saúde pode ser problemática quando existe uma ausência de moradores no período em que a ESF está funcionando no território. Grande parte dos adultos vai trabalhar bem cedo e só voltam no fim da tarde quando as ações dentro da área foram encerradas, com isso a ESF deixa de atender parte da população desconhecendo suas demandas e necessidades. Apesar do ACS ser morador da comunidade e estar no território todo tempo, seu contato com essa parcela da população é em geral insuficiente para estabelecer uma relação fora do horário de atuação, impedindo visitas domiciliares.

Em torno dos ACS também surge uma questão que problematiza os limites de sua ação. Morando no território de atuação muitos deles têm dificuldade de separar sua vida pessoal do seu papel de agente comunitário, seja pela população sempre trazer demandas mesmo fora do período de atuação ou mesmo por não conseguir mais se ver como apenas um morador desse território, agindo sempre com sua função de ACS. É inegável que isso pode ter conseqüência na saúde dos ACS.

Outro problema que afeta as ações da ESF e a população é que em alguns territórios a unidade básica da ESF é a única forma de serviço de saúde, e não fazendo emergências, de nenhum tipo, muitas vezes não é o suficiente para suprir as necessidades da população. O governo federal e as secretarias estaduais e municipais trabalham hoje com uma tentativa de implantar não só a ESF dentro dos territórios, mas também uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para evitar problemas relacionados à falta de emergência e super lotação dos serviços de saúde, entretanto, nem todos os territórios possuem os dois serviços de saúde. Na saúde bucal a UPA apresenta um setor de emergências odontológicas, onde é dado o primeiro atendimento a acidentes. A Estratégia de Saúde da Família só atende os casos de baixa complexidade, casos que são de fácil resolução e não necessitam de uma assistência especializada. Por isso quando aparece dentro da área de atuação da ESF um caso de uma complexidade maior os profissionais de saúde encaminham o paciente para um local onde ele possa conseguir o atendimento necessário, na Saúde Bucal o paciente é indicado aos CEO (Centro Especializado de Odontologia).

Teoricamente a Referência e Contra referência deveriam funcionar perfeitamente nos serviços de saúde, uma vez que os profissionais que trabalham em todos os níveis de complexidade devem trocar informações que dizem respeito aos indivíduos que adoeceram. Entretanto, a realidade é bem diferente, em muitos locais a integração entre os níveis de complexidade é bastante precária afetando a articulação entre eles. Essa deficiência na integração entre os níveis de complexidade pode gerar um retardo no tratamento do paciente, que em alguns casos, terá que ser reavaliado novamente ao chegar aos Centros Especializados, já que os profissionais que ofereceram primeiro atendimento muitas vezes não passam todas as informações necessárias.

Outra discussão bastante recorrente sobre a ESF diz respeito a sua estrutura física, que em muitos locais é bem precária não apresentando espaço viável para realização do trabalho dos profissionais de saúde, por exemplo, uma sala de dentista que comporta poucas cadeiras diminuirá o número de pacientes que pode ser atendido pelas equipes uma vez que o espaço comporta um número limitado de pessoas.

Essas e outras questões afetam diretamente a condição de saúde da população e as ações das equipes de ESF, que ainda demonstra fragilidades.

Apesar da solução definitiva para grande parte dos problemas não serem de competência das equipes, a suas atividades podem minimizar seus efeitos negativos. Podemos citar como exemplo: as campanhas de promoção em saúde com distribuição de kits de higiene bucal, como escovas, creme dental, fio dental, ajudando desse modo as famílias mais carentes; campanhas alertando para o perigo de se expor às enchentes, pode diminuir o número de leptospirose no território; tentar estabelecer contato com os centros especializados da região, facilitando o encaminhamento dos pacientes para os outros níveis de complexidade. As ações de promoção de saúde citadas são apenas algumas diante de uma infinidade de medidas que a ESF pode aplicar dentro do território para melhorar a qualidade de vida da população.

Hoje as ações do Brasil Sorridente e da ESF são a chave para superar um passado marcado pela restrição do acesso e por práticas mutilatórias. A reorganização da Saúde Bucal cria expectativa de um futuro em que em todo o território nacional tenha cobertura de uma atenção primária de qualidade e estejam sobre efeito da ação dos programas. Devemos estar atentos e acompanhar os desenvolvimentos da saúde coletiva para fazer frente aos desafios que irão ocorrer.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde/GM, nº1. 444. Estabelece incentivo financeiro para reorganizar a atenção à saúde bucal nos municípios brasileiros por meio da Estratégia da Saúde da Família, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde/GM, nº 673. Faz uma nova análise sobre os recursos financeiros destinados a Estratégia de Saúde da família e sobre o número necessário de equipes de saúde bucal nos territórios, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde/GM, nº 74. Reavalia os incentivos financeiros fazendo novos ajustes que aumentam os recursos financeiros e assegura que o Ministério da Saúde deve disponibilizar equipamentos para Equipes de Saúde Bucal, 2004.

BRASIL, Ministério da saúde; Secretária de Atenção à Saúde; Departamento de atenção Básica; Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista Histórica, 2006. Disponível em: <dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf>

BARROS, Aluísio J.D & BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Universidade Federal de Pelotas, 2002. Disponível em: < www.scielosp.org/pdf/csc/v7n4/14600.pdf>

MOYSÉS, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v.1, p.7-17, 2000.

NARVAI, Paulo Capel & FRAZÃO, Paulo. Saúde Bucal no Brasil muito além do céu da boca. Editora FIOCRUZ, 2008.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo; RONCALLI, Giuseppe Angelo & ANTUNES, José Leopoldo F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. Rev. Panam Salud/ Pan Am/ Public Health, 2006.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo & CASTELLANOS, A. Roberto. Declínio da experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. Odontologia e Sociedade,1(1/2): 25-9, 1999.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública 141-7, 2006.

SOUZA, Tatyana Maria Silva & RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf>

ANEXOS

ANEXO A – Organização da Política de Saúde Bucal



Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406>
Acessado em: 13 jul.2011.

ANEXO B – Unidade de assistência Móvel



Fonte:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia27.pdf>
Acessado em: 13 jul.2011