

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PÓLO DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO-RS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
MODALIDADE EAD**

**BRASIL SORRIDENTE: A POLÍTICA NACIONAL
DE SAÚDE BUCAL QUE TRANSFORMA
O MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Daniela Zorzin

**Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil
2011**

**BRASIL SORRIDENTE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
BUCAL QUE TRANSFORMA O MODELO TRADICIONAL DE
ATENÇÃO BÁSICA NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL**

por

Daniela Zorzin

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública –
modalidade EAD da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública

Orientador: Marcelo Trevisan

Sant’Ana do Livramento, RS, Brasil

2011

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Daniela Zorzin. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser com autorização por escrito da autora.

Endereço: Rua dos Andradas, nº 240/122, Bairro Centro, Sant'Ana do Livramento, RS, 97573-000.

Fone: (0xx)55 91258895; End. Eletr: danizz.cd@gmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Pólo de Sant'Ana do Livramento-RS
Curso de Especialização em Gestão Pública
Modalidade EAD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a monografia de especialização

**BRASIL SORRIDENTE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
QUE TRANSFORMA O MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO
BÁSICA NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL**

elaborada por
Daniela Zorzin

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marcelo Trevisan, Ms.
(Presidente/Orientador UFSM)

Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga, Dra.
(UFSM)

Luciana Flores Battistella, Dra.
(UFSM)

Sant'Ana do Livramento, 09 de julho de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico essa monografia à minha mãe, Vilma, e à minha irmã, Luciane,
pelo amor, incentivo e paciência nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado paciência e sabedoria para desenvolver as atividades com dedicação e superar os meus limites.

À minha mãe, Vilma, pessoa sem a qual eu não poderia vencer este desafio. Obrigada pela paciência quando me escutava durante horas no telefone e sempre me estimulava nas horas difíceis. Obrigada pela paciência nos dias que eu estava de mau humor. Obrigada por tudo ontem, hoje e sempre.

À minha irmã, Luciane, pela ajuda na contabilidade (risos) e o incentivo durante o curso.

Ao meu orientador, Professor Mestre Marcelo Trevisan, pela ajuda na elaboração dessa monografia.

Ao tutor Márcio Sampedro Ramos pela ajuda na elaboração desse trabalho.

EPÍGRAFE

Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe
para onde ir.

(Sêneca)

RESUMO

Monografia de Especialização
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal de Santa Maria

BRASIL SORRIDENTE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL QUE TRANSFORMA O MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL

AUTORA: DANIELA ZORZIN

ORIENTADOR: MARCELO TREVISAN

Data e Local da Defesa: Sant'Ana do Livramento, 09 de julho de 2011.

A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente é um modelo de atenção integral que promove prevenção, promoção e recuperação da saúde. Tem promovido a reorganização das práticas e da rede de atenção à saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de atenção básica em saúde bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da atenção especializada em saúde bucal (Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratório Regional de Prótese Dentária), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo dessa monografia é apresentar e analisar os documentos que regulamentam essa política. Este trabalho poderá servir para orientação dos odontólogos e dos gestores públicos que não possuem eSB implementadas. O método utilizado foi o levantamento bibliográfico da legislação elaborada pelo Ministério da Saúde. O processo de trabalho da eSB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo. A regulamentação do SUS está em contínua transformação, principalmente através das portarias. Manter-se atualizado é um dever do gestor público para a correta aplicação das políticas e dos incentivos financeiros disponíveis que possam contribuir para melhorar as condições de saúde bucal da população. O Brasil Sorridente é um importante avanço na saúde pública brasileira, mas ainda há muito por fazer para alcançar, de fato, a atenção integral e melhorar os índices de saúde bucal, qualidade de vida e bem-estar.

Palavras-chaves: Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Monograph of Specialization
Administration Post Graduation Program
Federal University of Santa Maria

BRASIL SORRIDENTE: NATIONAL POLITICS OF BUCCAL HEALTH THAT BECAME THE TRADITIONAL PATTERN OF BASIC ATTENTION IN PATTERN OF INTEGRAL ATTENTION

The National Politics of Buccal Health – Brasil Sorridente is a pattern of integral attention which provides prevention, promotion, and health recovery. It has promoted reorganization of practices and an attention net to health, extension and qualification the access to basic attention services in buccal health, mainly by Buccal Health Team (BHT) in Strategy Family Health (EFH) and specialized attention in Buccal Health (Dental Specialties Center and Dental Prosthesis Regional Laboratory), regulating oneself on principles and directives of Sistema Único de Saúde (SUS). The aim of this work is to present and analyze the documents that regulate this politics. This assignment will be able for dentists and public administrator who do not have the implementation of BHT. The used method was bibliographic survey on elaborated legislation by Ministry of Health. BHT's work process to base oneself on principles of universality, equity, integrality of attention, teamwork and interdisciplinary, focus on centralized attention in the territory – family – community, humanization of attention, responsabilization and link. The regulation of SUS is in constantly transformation principally through administrative directive. Keeping oneself up to date is an obligation of a public administrator for a correct application of politics and financial incentive available that can contribute to improve the health condition of population buccal health. Brasil Sorridente is an important improvement in Brazilian public health, but there is still to much to do to reach, in fact, the integral attention and this improvement of the index of buccal health, quality of life and welfare.

Key words: Brasil Sorridente, National Politics of Buccal Health, Health Buccal in the Health Family Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no mês de março de 2011	42
Figura 2 - Número de municípios atendidos pelo Brasil Sorridente até março de 2011	42
Figura 3 - Evolução do número de municípios com equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março de 2011	44
Figura 4 - Meta e evolução do número de equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março 2011	44
Figura 5 - Cobertura populacional do Brasil Sorridente no Brasil até março de 2011	45
Figura 6 - Número de equipes de saúde bucal no Brasil Sorridente implantadas no país até março de 2011	45
Figura 7 - Número de Centros de Especialidades Odontológicas implantadas no Brasil até março de 2011	58
Figura 8 - Número de Centros de Especialidades Odontológicas implantados no Estado do Rio Grande do Sul até março de 2011	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Requisitos necessários à incorporação de equipes de Saúde Bucal (eSB) após a implementação das equipes de Saúde da Família (eSF)	40
Quadro 2 - Cobertura de equipe de Saúde da Família por regiões e no país em março de 2011	43
Quadro 3 - Cobertura de equipe de Saúde Bucal por regiões e no país em março de 2011	46
Quadro 4 - Cobertura de equipe de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul em março de 2011	46
Quadro 5 - Cobertura de equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul em março de 2011	47
Quadro 6 – Atribuições do Cirurgião-Dentista	50
Quadro 7 – Competências do Auxiliar em Saúde Bucal	51
Quadro 8 – Competências do Técnico em Saúde Bucal	52
Quadro 9 – Características das modalidades de CEO.....	57
Quadro 10 - Cidades que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no Estado do Rio Grande do Sul	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ASB - Auxiliar em Saúde Bucal
CD - Cirurgião-Dentista
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEOs - Centros de Especialidades Odontológicas
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CPO - Cariados, Perdidos, Obturados
DAB/SAS - Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde
DNSB - Divisão Nacional de Saúde Bucal
ENAP - Escola Nacional de Administração Pública
eSB - equipe de Saúde Bucal
eSF - equipe de Saúde da Família
ESF - Estratégica de Saúde da Família
ESFSBMI - Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I
ESFSBMII - Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II
LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária
LRPDs - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS - Ministério da Saúde
NOB-SUS 96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde publicada em 1996
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PAC - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNSB - Política Nacional de Saúde bucal
PSF - Programa Saúde da Família
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde
THD - Técnico de Higiene Dental
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UnA-SUS - Universidade Aberta do SUS
USF - Unidade de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE	25
1.1 Política Nacional de Atenção Básica	25
1.1.1 Fundamentos da Atenção Básica	26
1.2 Estratégia de Saúde da Família	27
1.2.1 Equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família	28
1.2.2 Atendimento odontológico na Estratégia de Saúde da Família	28
1.3 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010 - Projeto SB Brasil	29
1.4 Processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	33
2 IMPLEMENTAÇÃO E MODALIDADES DE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	35
2.1 Implementação	35
2.1.1 Requisitos para a implementação de Estratégia de Saúde da Família	37
2.2 Modalidades de equipes de Saúde Bucal	38
2.3 Equipamentos odontológicos	38
2.4 Requisitos para a implementação de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	40
2.5 Financiamento	40
3 COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	42
4 PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE BUCAL E POPULAÇÃO COBERTA	48
4.1 Profissionais da área de saúde bucal	49
4.1.1 Atribuições do Cirurgião-Dentista	49
4.1.2 Atribuições do Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal	50
4.2 População coberta	53
5 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	54
5.1 Modalidades de Centros de Especialidades Odontológicas	55
6 LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA	60
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	67

INTRODUÇÃO

Os gestores públicos brasileiros, especificamente os prefeitos municipais, estão envolvidos diretamente na transformação do modelo de atenção da saúde no país. São os responsáveis pela tomada da decisão de implementação de uma política nacional de atenção que engloba o indivíduo de forma integral. Um modelo de atenção básica integral que está substituindo, aos poucos, o modelo de atenção básica tradicional. Este, na maioria das vezes, em relação à saúde bucal, é a odontologia mutiladora (baseada em extrações dentárias). Para modificar esta realidade, estão sendo editadas portarias ministeriais que regulamentam o modelo de atenção integral. Este trata o indivíduo como um todo desde ações de promoção de saúde visando a melhor qualidade de vida até tratamento especializado. São os gestores públicos municipais, prefeitos, os responsáveis pela implementação da Estratégia da Saúde da Família, o modelo de atenção integral à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família conquistou o 1º lugar no 15º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal¹. O Concurso é uma iniciativa da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) em parceria com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e conta com o apoio da Embaixada da França, da Cooperação Técnica Alemã (GTZ) e da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA)². Desde 1996, premia práticas inovadoras que promovam a modernização da gestão pública em benefício aos cidadãos.

O modelo de atenção à saúde existente no Brasil configura-se, na maior parte, como um modelo de economia da oferta em saúde herdado dos sistemas assistencialista e previdencialista. Esse modelo é o grande responsável pelas filas e demora no atendimento, superlotando estabelecimentos de saúde. Entretanto, com a inclusão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo de economia da demanda em saúde começa a ser inserido no Sistema Único de Saúde. Nesse modelo, a equipe de saúde fica responsável por uma determinada base territorial devendo desenvolver atividades de atenção integral à população pertencente a esta área através de atividades de promoção de saúde, atendimentos de qualidade e resolutividade. O atendimento por demanda através da ESF propicia a regionalização da atenção à saúde no momento que cria o sistema de referência e contra-

¹ Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1379>. Acesso em: 02 maio 2011.

² Disponível em: <http://inovacao.enap.gov.br/images/Documentos/manual_orientacao_15_concurso_sem.pdf>. Acesso em 03 maio 2011.

referência no atendimento aos usuários da atenção especializada. É responsabilidade do gestor público municipal planejar a divisão dos territórios baseada na população residente neste, a quantidade de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal que cada unidade básica de saúde da família irá suportar. Também é responsabilidade do gestor público municipal escolher qual modalidade de equipe de saúde bucal irá implementar e programar o atendimento especializado. É necessário que o gestor público esteja bem informado sobre as necessidades da comunidade local para a correta tomada de decisão na escolha da população com maior risco à doença através dos dados das vigilâncias em saúde.

A vigilância em saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária (BRASIL, Portaria nº 3.252, 2009). As vigilâncias foram criadas para dar suporte às ações de saúde a serem desenvolvidas em um território. Cada território tem suas especificações, demandas diferentes que geram ações governamentais e oferta de serviços diferentes para solucionar os problemas. O risco de cada território é avaliado, e a intersetorialidade das ações ajudam a solucionar o problema. Segundo De Seta, Reis e Delamarque (2010), a promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, e a qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida. A promoção da saúde prevê uma combinação de estratégias, ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e pelas soluções (BUSS, 2000, *apud* DE SETA; REIS; DELAMARQUE, 2010). As vigilâncias em saúde têm como princípio operativo a intersetorialidade e isso reflete em dados que demonstram a necessidade de um modelo de atenção voltado à demanda para que haja resolutividade no território. Assim, mostra-se a relevância do gestor público saber interpretar dados fornecidos pelas vigilâncias para auxílio na tomada de decisões políticas.

A política de atenção na saúde é organizada em níveis de complexidade: atenção primária ou básica e atenção de média e alta complexidade. Esta estruturação reflete-se na oferta de serviços segundo a hierarquização dos três níveis de atenção. Teve como um de seus pressupostos a medicina previdenciária, a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não levando em conta o marco da atenção integral. Percebe-se a fragmentação da atenção, a baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

Antes da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, houve, no Brasil, a ênfase em dois modelos dicotomizados: um voltado exclusivamente para recuperar a saúde de indivíduos doentes conhecido como modelo hospitalar; o segundo, um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados, que ficou conhecido como modelo sanitaria. A atenção integral como diretriz do Sistema Único de Saúde foi contemplada somente na Carta Magna de 1988. Sua implementação depara-se com entraves decorrentes das heranças de um modelo de formação de práticas profissionais e da estruturação da atenção à saúde.

O gestor público deve somar todos os esforços no sentido de aproximar-se dos processos e da dinâmica da gestão em saúde que interfere na organização das ações e nos serviços de saúde; princípios organizativos da atenção à saúde com base nos modelos vigentes, no diálogo com a lógica de estrutura do cuidado em saúde, tendo como referência os princípios da universalidade, integralidade, acessibilidade e equidade; aprofundar os conhecimentos acerca dos conceitos e forma de estruturação da atenção à saúde com foco na atenção primária, entendida como eixo estruturante do modelo de atenção à saúde.

Experiências internacionais vêm consolidando um modelo de atenção à saúde no qual a atenção primária torna-se, progressivamente, um complexo assistencial que envolve novas práticas profissionais, tecnologias e arranjos organizativos capazes de propiciar diagnósticos precoces, atenção de qualidade e identificação de riscos individuais e coletivos, ambientais ou sanitários, a despeito da complexidade das situações de risco (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

A atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade. Dessa forma, deve ser capaz de diagnosticar, o mais precocemente possível, situações de risco que venham ultrapassar sua capacidade de resolução, promovendo acesso ágil aos atendimentos mais complexos, na busca da otimização da assistência, da melhoria do cuidado e da redução dos gastos, estabelecendo uma continuidade da atenção à saúde. Isso reflete o modelo de atuação da Estratégia da Saúde da Família no qual compreender a organização do sistema de saúde significa reconhecer a atenção primária como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral.

Sistemas nacionais de saúde fundamentados em princípios como da atenção integral devem manter como base de orientação de suas agendas de prioridade, de seus processos de

planejamento, das práticas de saúde e da qualificação do trabalhador, elementos tais como os condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais que conformam uma vasta gama daquilo que se costuma chamar de necessidade em saúde. Dessa forma, ofertas de ações em saúde de qualidade e efetivamente resolutivas devem partir daquilo que a população realmente necessita.

A política pública é uma das resultantes da atividade política e compreende o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos (RUA, 2009). A mesma autora salienta em sua obra que a política pública normalmente engloba mais do que uma decisão, requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Ou seja, considerando o ciclo de políticas, a política pública é considerada a resultante de uma série de atividades políticas que, agrupadas, formam o processo político (RUA, 2009). As etapas que envolvem o ciclo das políticas públicas podem ser divididas em: formação da agenda, definição do problema, análise do problema, formação de alternativas, tomada de decisão (adoção da política), implementação, monitoramento, avaliação e ajuste (RUA, 2009).

A saúde bucal, por muitos anos, não entrou na agenda das políticas públicas governamentais. A odontologia teve, durante muito tempo, um caráter privado. Entretanto, nos últimos anos, esta realidade está mudando. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a utilização de termos como atenção integral à saúde, a odontologia começou a ter ênfase nos bastidores da agenda governamental. O acesso às informações por parte da população através dos meios de comunicação como televisão, programas de rádio, campanhas de prevenção e Internet começaram a conscientizar a população da importância da saúde bucal para a saúde geral do indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 40% da população mundial apresenta halitose (mau hálito), um problema de saúde com consequências sociais e econômicas, morais e psicoafetivas³. Em unidade de terapia intensiva (UTI), a pneumonia nosocomial é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade e aumento expressivo dos custos hospitalares, sendo que seu estabelecimento se dá mais comumente pela aspiração do conteúdo presente na boca e faringe (MORAIS et al, 2006). A higiene bucal deficiente é comum em pacientes internados em UTI, o que propicia a colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos, especialmente por patógenos respiratórios que podem influenciar o aparecimento da pneumonia (MORAIS et al, 2006). Problemas odontológicos podem diminuir o rendimento de um atleta em até 21%⁴. Um

³ Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/160halitose.html>>. Acesso em: 02 maio 2011.

⁴ Disponível em: <<http://www.dentalpress.com.br/v5/noticias.php?id=6278>>. Acesso em: 23 abr. 2011.

trabalho realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP confirmou que há evidências científicas apontando relação entre a periodontite (doença inflamatória dos tecidos que envolvem o dente e que pode levar a perda do mesmo) e o desenvolvimento da aterosclerose (doença inflamatória dos vasos sanguíneos que pode levar a obstrução total do vaso), um dos fatores de risco mais importantes para a doença cardiovascular⁵. Casos de câncer de boca são diagnosticados por odontólogos e reforçam a ideia de que saúde começa pela boca. O Instituto Nacional do Câncer divulgou estimativa de 14.120 novos casos de câncer da cavidade oral para o ano de 2010, sendo o sétimo câncer em incidência no Brasil⁶. Hoje, também, constata-se o apelo publicitário sobre a estética, o sorriso das pessoas, o “cartão de visitas”. Dependendo das condições de saúde bucal, a falta de dentes anteriores sem o uso de prótese dentária, pode ser um motivo de exclusão do trabalhador do mercado de trabalho. Problemas envolvendo a oclusão dentária e/ou os ossos da face interferem no perfil facial, na harmonia da face, na fala, na mastigação e na autoestima. Assim, a saúde bucal é parte inseparável da saúde geral da pessoa. Um tratamento odontológico pode proporcionar ao indivíduo a inserção social, o benefício pessoal e psicológico dentre outros aspectos. O sorriso é uma das expressões mais bonitas do ser humano e valorizá-lo é fundamental.

As primeiras ações desenvolvidas pelo setor público na área da saúde bucal remontam à década de 1940 quando a assistência planejada, voltada para escolares, foi introduzida pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, e o Ministério da Saúde (MS) ainda não existia (GARCIA, 2006).

O marco oficial da presença de profissionais da área de Odontologia no Ministério da Saúde (MS) foi em 1979 por meio da realização de concurso para os cargos de sanitaristas do Departamento de Administração do Serviço Público (GARCIA, 2006). Nesta época, o MS não tinha uma estrutura específica em seu organograma para a saúde bucal, então, alocou esses profissionais em divisões técnicas, como a dermatologia sanitária, a pneumologia sanitária, câncer, áreas de planejamento, coordenadorias regionais de saúde, entre outras (GARCIA, 2006). Na gestão do Ministro da Saúde Waldir Arocoverde, em 1982, foi iniciado o processo de institucionalização da saúde bucal no MS, pois até esse momento não havia nenhuma organização institucional que respondesse pela agenda da saúde bucal no MS (GARCIA, 2006). Então, foi implementado o Grupo de Trabalho de Odontologia (mas não ocupava lugar no organograma do MS) composto por sanitaristas e que, segundo Garcia (2006), parece ter sido referência nos assuntos que tratavam da saúde bucal na esfera federal,

⁵ Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/?p=23748>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

⁶ Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

trabalhando na perspectiva de implementação da fluoretação da água de consumo público em conjunto com o Banco Nacional de Habitação. Na mesma época, foram criados os Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação integrando os trabalhadores das secretarias estaduais de Educação e de Saúde, as entidades de classe e as companhias estaduais de saneamento (GARCIA, 2006).

Em 1986, houve o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal no país e, em 1988, o Grupo de Trabalho de Odontologia foi substituído pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB). Esta assumiu como responsabilidade a continuidade da diretriz da fluoretação, mas elaborou o Programa de Prevenção da Cárie Dental e criou as coordenadorias macrorregionais de saúde bucal (GARCIA, 2006).

A direção da Divisão Nacional de Saúde Bucal, em 1990, foi assumida pelo professor Sérgio de Carvalho Wayne. Em sua gestão, as ações de saúde bucal foram inseridas no elenco de procedimentos do SUS, priorizando os procedimentos coletivos que até então não eram remunerados pelo sistema. Nessa época, o SUS pagava aos prestadores de serviço segundo uma tabela de procedimentos utilizada para todos os procedimentos da assistência. Portanto, o significado dessa decisão é a incorporação da saúde bucal no âmbito da assistência, que tem impacto maior na saúde da população do que o trabalho de fluoretação e prevenção da cárie que vinha sendo desenvolvido até então (GARCIA, 2006).

Na gestão seguinte, o diretor da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) foi Benedito Elias Waquim que privilegiou a atenção odontológica aos pacientes com necessidades especiais, e, posteriormente, de 1993 até 1995, a DNSB foi coordenada por José Carlos Cativo Gedeão (GARCIA, 2006). Até essa década, o modelo de assistência odontológica colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população brasileira. Apesar da realização de um levantamento epidemiológico em 1996, que quantificou a situação de saúde bucal em grande parte do país, não existia um programa nacional de atenção odontológica, e pelo fato de sua supervisão prender-se somente a quantitativos de produção de serviços, tornava-se bastante deficiente (GARCIA, 2006).

A seção de saúde da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) destaca em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desde então, tem-se elaborado legislação que regulamenta este artigo. São publicadas leis, normas operacionais básicas, portarias, entre outros documentos para

regulamentar as políticas públicas na saúde. É dever do gestor público manter-se informado e atualizado em torno da legislação para que possa implementar políticas e fazer escolhas da melhor forma possível para a comunidade.

Conforme o artigo 198 da Carta Magna, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com três diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade.

A partir disto, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, Lei nº 8.080, 1990) e (BRASIL, Lei nº 8.142, 1990), e as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS).

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. As Normas Operacionais Básicas do SUS voltaram-se de forma direta e imediatamente para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema (NOB – SUS 96).

Por muito tempo, predominou o caráter privado da odontologia deixando em segundo plano às demandas sociais. É a partir do ano de 2000 que a saúde bucal começa a se desenvolver mais enfaticamente no âmbito das políticas públicas de saúde e de acordo com uma proposta coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A Portaria nº 1.444 (BRASIL, 2000), estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais no Programa de Saúde da Família⁷. Posteriormente, houve a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em janeiro de 2004, que apontou caminhos para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. E, finalmente, o Programa Brasil Sorridente, também em 2004, que efetivou a saúde bucal como uma política pública de âmbito nacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 estabeleceu a necessidade de realização de concurso público para uma pessoa ocupar a vaga em cargo ou emprego

⁷ A Portaria nº 750 (BRASIL, 2006) altera o nome do Programa de Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família.

público. Com o fortalecimento do SUS, muitas vagas de trabalho na odontologia estão sendo criadas somadas a possibilidade de ampliação do atendimento odontológico à população brasileira incrementada, também, pelo desenvolvimento de políticas de saúde bucal. Muitos profissionais da Odontologia - Cirurgiões-Dentistas - não tiveram formação curricular na área de políticas públicas na odontologia, e a autora deste trabalho inclui-se entre estes. Até o ano de 2004, quando a autora deste trabalho obteve a graduação no Curso de Odontologia, o foco estava em atividades preventiva clínica, e os conhecimentos de legislação eram abordados de maneira superficial. Isso pode ter ocorrido pelo fato de que foi a partir de 2004 que a legislação tomou força e começou a ser publicada na Internet de forma que o acesso à informação ficou mais abrangente. A legislação que regulamenta a Política Nacional de Saúde Bucal vigente está escrita em várias portarias. Estas são atualizadas, editadas, substituídas no todo ou em parte por novas portarias o que reflete na importância de constante estudo para se estar bem informado. A partir de 2004, o acesso às informações através da Internet se tornou cada vez melhor. Muitas das regulamentações estão disponíveis nos meios eletrônicos e reuni-las de forma a sintetizar estas informações é um trabalho relevante que pode servir para a atualização dos profissionais da área e gestores públicos.

É responsabilidade do gestor público municipal a decisão política de implementar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seu município. Muitos municípios possuem equipamentos odontológicos e instrumentais odontológicos obsoletos. O incentivo financeiro do governo federal para a implementação desta política de saúde bucal inclui recursos para a aquisição de equipamentos odontológicos, consultórios odontológicos novos e instrumentais adequados à demanda das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. Além disso, repassa incentivos financeiros para a manutenção da equipe de saúde bucal na ESF que variam de acordo com a modalidade implementada. É uma política nacional que está estimulando a mudança do modelo tradicional de atenção básica para o novo modelo de atenção integral. Dados publicados no site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal revelam que de dezembro de 2002 até setembro de 2010 foram implantadas 20.103 equipes de Saúde Bucal na ESF, atuando em 4.811 municípios (86% dos municípios do Brasil⁸) cobrindo 37% da população brasileira⁹.

O que motivou a autora desta monografia, que é funcionária pública no cargo de odontóloga desde 2005 no município de Sant'Ana do Livramento-RS, a estudar esse assunto é

⁸ O Brasil tem 5565 municípios. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

⁹ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/saude_familia.php>. Acesso em: 18 abr. 2011.

o não entendimento de um município com população de 82.513 habitantes¹⁰, que entre os 496 municípios do estado do Rio Grande do Sul está na posição de número 22 na lista dos mais populosos do estado, não ter nenhuma equipe da ESF implementada para ajudar a reestruturar a atenção básica. Até o mês de março de 2011, havia 11 odontólogos atendendo pelo SUS no município trabalhando nos consultórios odontológicos de postos de saúde e de escolas públicas. Utilizar os recursos financeiros disponíveis na ESF é uma boa maneira de reestruturar a rede de atenção básica do SUS. Analisando os primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010¹¹, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, a curiosidade aumentou em saber o que era exatamente essa política, pois até o momento, os dados publicados e relatos de experiências de outros colegas que trabalham em outros municípios com essa política de saúde foram bons. Serviu de motivação, também, para desenvolver esse tema como monografia, o fato dos gestores locais não dominarem o assunto e possuírem informações desconhecidas. Em conversas com odontólogos no município, a maioria sabia que a política existia, mas não sabia exatamente do que se tratava e suas dimensões. Então, organizar as leis e as portarias que regulamentam essa Política Nacional de Saúde Bucal tornou-se uma meta para poder argumentar e reivindicar a implementação dessa política e melhorar as condições de trabalho dos odontólogos e, principalmente, melhorar a qualidade de vida das pessoas que necessitam do SUS. Este trabalho poderá servir para orientação dos odontólogos e dos gestores que não possuem equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família implementadas. Além disso, pode favorecer a compreensão da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente nos municípios para melhorar os índices de saúde bucal e a satisfação do usuário SUS com o atendimento prestado.

Na odontologia, há algumas doenças que necessitam de consultas de controle mais seguidas; entretanto, para a maioria dos pacientes, recomenda-se que a pessoa realize uma consulta odontológica a cada 6 meses ou no máximo a cada ano. É importante ressaltar que até mesmo um paciente que não possui nenhum dente em boca e que, no caso, é portador de prótese dentária total deve comparecer para uma consulta de avaliação destas próteses e prevenção do câncer de boca com regular frequência. A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio realizada em 2008 (IBGE, 2010) apresenta uma tabela sobre as características de saúde dos moradores por população residente, por situação de consulta ao dentista e a época da última consulta realizada. Em números aproximados, estima uma população residente total

¹⁰ Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011.

¹¹ Os primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Saúde bucal – 2010 serão detalhados no próximo capítulo.

de 189.953.000 pessoas. Dessas, 22.156.000 (11,66%) nunca consultaram com o dentista. Entre as pessoas que fizeram consulta ao dentista, no total 167.797.000 (88,33% da população), a quantidade de pessoas que realizou a última consulta em menos de um ano foi de 76.356.000 (45,5%); de um a menos de dois anos, 34.190.000 (20,37%); de 2 a menos de 3 anos, 12.791.000 (7,62%); e três anos ou mais, 44.460.000 (26,49%). Analisando os dados, os números revelam a importância de políticas públicas na área da odontologia que aumentem o acesso à população brasileira aos serviços de saúde bucal. Ainda há muito por fazer para mudar a realidade do país, e o Brasil Sorridente insere-se no conjunto de programas estratégicos de políticas de saúde para mudar a realidade de saúde bucal da população.

Espera-se de um gestor público eficiente que ele solucione o maior número possível de conflitos e tenha como características a isenção, a objetividade, a precisão e a responsabilidade na tomada de decisões políticas governamentais que envolvem a população. Dessa forma, atua no contexto de vida das pessoas, promovendo melhor qualidade de vida e saúde. Deve estar apto, também, a resolver ou pelo menos entender a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira e manter-se informado de todas as políticas públicas possíveis de implementação. É imprescindível atos políticos que modifiquem as condições de saúde bucal da população brasileira. Atualmente, o acesso às informações é mais fácil devido ao avanço no campo tecnológico das tecnologias de informação e comunicação. Com isso, há mais uma ferramenta disponível à população para auxiliar na fiscalização e no controle social.

Isso tudo expõe a responsabilidade que o gestor público precisa ter para a correta tomada de decisões. Entender o contexto e o que é a Política Nacional de Saúde Bucal para transformar as condições de saúde bucal da população é fundamental. Dessa forma, o objetivo dessa monografia é apresentar e analisar os documentos que regulamentam a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Esses são leis, portarias, diretrizes, normas operacionais básicas que consolidaram a entrada da saúde bucal na agenda das políticas de saúde no Brasil. Os objetivos específicos são descrever: a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente e seu contexto na Política Nacional de Atenção Básica; a implementação e modalidades de equipes de saúde bucal; a cobertura da Estratégia de Saúde da Família; os profissionais da área da saúde bucal e a população coberta pela política; apresentar a atenção secundária na odontologia através do Centro de Especialidades Odontológicas e do Laboratório Regional de Próteses Dentárias. Para isso, o método utilizado foi a pesquisa bibliográfica da legislação elaborada pelo Ministério da Saúde que regulamenta as atividades do Programa Brasil Sorridente.

Para entender o que é a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente e a sua relevância, o trabalho foi estruturado em sete capítulos. O primeiro, faz uma abordagem geral da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. O segundo, descreve os passos para a implementação dessa política de saúde e, também, as modalidades de equipe de Saúde Bucal. O terceiro, relata a cobertura da Estratégia de Saúde da Família. O quarto, descreve os profissionais da área de saúde bucal e a população coberta. O quinto, refere-se ao Centro de Especialidades Odontológicas. O sexto, trata do Laboratório Regional de Prótese Dentária. Por fim, há a conclusão.

1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE

A Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente foi lançada em 17 de março de 2004. Engloba várias ações do Ministério da Saúde na saúde bucal voltada para cidadãos de todas as idades buscando melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Amplia o rol de procedimentos da assistência odontológica à população através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Até a data de sua criação, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a tratamentos especializados (COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2011). Assegura atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal.

Essa política apresenta a reorganização da atenção básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da atenção especializada (através da implementação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias). Além disso, a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

A Política Nacional de Saúde Bucal faz parte da Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 648 (BRASIL, 2006). Para poder entender o contexto que envolve a reestruturação da atenção básica e da saúde bucal no país, é necessário definir o que é a Política Nacional de Atenção Básica.

1.1 Política Nacional de Atenção Básica

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em

seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, Portaria nº 648, 2006).

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, Portaria nº 648, 2006). **Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.**

1.1.1 Fundamentos da Atenção Básica

Os fundamentos da atenção básica segundo a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006) são:

- a) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos (integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços);
- c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- f) estimular a participação popular e o controle social.

1.2 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da atenção básica, a ESF deve (BRASIL, Portaria nº 648, 2006):

- a) ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuam;
- b) atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- c) desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- d) buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- e) ser um espaço de construção de cidadania.

O Brasil Sorridente está vinculado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) motivo pelo qual se descreve alguns detalhes da ESF para situação do leitor no contexto da política de saúde bucal atual. A ESF entrou na agenda do Ministério da Saúde a partir de 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF). Tem por objetivos a mudança no modelo de atenção, na organização do sistema e na modalidade de alocação de recursos e de remuneração das ações de saúde. Induz a substituição do modelo de atenção básica tradicional por uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção, recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Estabelece vínculo entre a equipe do PSF com as famílias adstritas a área de atuação da equipe reforçando a ideia de humanização do atendimento e comprometimento dos profissionais com a comunidade. Para que este novo modelo de atenção pudesse ser implementado, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde publicada em 1996 (BRASIL, NOB-SUS, 1996) criou os incentivos financeiros para os municípios adotarem o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como principal estratégia de reorganização do modo de atenção à saúde.

Em 2006, a Portaria nº 750 (BRASIL, 2006) altera o nome dos serviços Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Estes passam para Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família,

respectivamente. No decorrer desta monografia, o leitor poderá se deparar com os dois termos, pois o termo antigo será usado quando houver citação anterior a esta publicação.

1.2.1 Equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família

A equipe multiprofissional que trabalha na atenção básica é composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico em higiene bucal, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

1.2.2 Atendimento odontológico na Estratégia de Saúde da Família

A entrada do Programa de Saúde da Família (PSF) na atenção básica não representou a entrada da saúde bucal na agenda do Ministério da Saúde (GARCIA, 2006). O PSF já estava sendo implementado há sete anos quando em dezembro de 2000 foi elaborada a Portaria nº 1.444 que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. Neste documento ficou estabelecido a criação do incentivo de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no PSF e definiu que o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF estaria voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000). Em 2003, a Portaria nº 673 atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do PSF, parte integrante do Piso de Atenção Básica (PAB).

O atendimento odontológico é realizado através de procedimentos que incluem a prevenção, promoção e recuperação em saúde como exodontia (extração dentária), restauração de dentes e, agora, também, as especialidades odontológicas. Estas são exercidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) onde há especialistas em Periodontia, Endodontia, Prótese Dentária e Cirurgia Oral. Recentemente, foram incluídos os códigos dos procedimentos de prótese dentária no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e, com isto, qualquer odontólogo do Sistema Único de Saúde (SUS) pode realizar tratamento reabilitador oral em posto de saúde.

1.3 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010 - Projeto SB Brasil

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, teve a participação das Secretarias Estaduais de Saúde de todas as unidades federativas e traçou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. O projeto integra as ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e constitui-se em peça-chave da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente –, na medida em que seus resultados servem para avaliar o impacto do programa, identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (direcionada para a atenção básica) e do Centro de Especialidade Odontológica (CEO), elemento estruturante da atenção secundária em saúde bucal. O SBBrazil 2010 é, portanto, parte de um amplo processo que visa à construção de uma base de dados permanente relativa aos principais indicadores de saúde bucal.

A situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão (mordida) e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, foi analisada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde e às instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal. Os dados foram obtidos em 177 cidades, nas cinco grandes regiões brasileiras, e mostram a situação em todas as capitais estaduais, no Distrito Federal e no interior do país. Foram examinados e entrevistados, em seus domicílios, crianças de 5 e de 12 anos de idade, adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos por dentistas pertencentes aos serviços de saúde dos municípios participantes. A amostra, estatisticamente representativa da população brasileira, foi de aproximadamente 38 mil pessoas.

Segundo dados do Projeto SB Brasil 2010, a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Entretanto, a situação melhorou entre 2003 (quando foi realizada a primeira pesquisa do Projeto SB Brasil) e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Esta porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie, também, diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 – uma redução de 25%. Em termos absolutos e considerando a população brasileira

estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos, o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70%. Isto é o reflexo da transformação do modelo de atenção tradicional (baseado em “mutilações” - extrações dentárias) no modelo de atenção integral preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal através do Brasil Sorridente e das equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia de Saúde da Família.

A cárie dentária é, usualmente, avaliada em estudos epidemiológicos a partir do índice CPO (sigla para “Cariados, Perdidos e Obturados”), composto pela soma dos dentes afetados pela cárie, estejam eles ainda não-tratados (cariados) ou tratados mediante uma abordagem conservadora (obturados/restaurados) ou mutiladora (extraídos/perdidos). Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO é sempre referido em relação à idade, e um indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente.

O primeiro inquérito nacional no Brasil realizado em 16 capitais em 1986 mostrou um CPO aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente 7 dentes afetados pela doença, sendo que a maioria destes estava sem tratamento. Em 2003, foi realizado o primeiro inquérito de saúde bucal que incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões. A pesquisa ficou conhecida como Projeto SB Brasil 2003. Nesse estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,8. Na pesquisa SB Brasil 2010, o CPO aos 12 anos ficou em 2,1, correspondendo à mencionada redução de 25% em 7 anos. Considerando o componente do CPO relativo especificamente aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de 29% (de 1,7 para 1,2). Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados é de 4,2, exatamente o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre 12 e 15-19 anos tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando-se com 2003, contudo, a redução no componente “cariado” foi de 39% (de 2,8 dentes em 2003 para 1,7 em 2010). Em termos absolutos, isso corresponde a mais de 18 milhões de dentes livres da doença.

No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral, a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. Entre os

idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observa-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,3 – um declínio de 19%. Mais importante: observa-se que os componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Sinteticamente, o componente cariado caiu de 2,7 em 2003 para 1,9 em 2010, o componente “perdido” caiu de 13,2 para 7,3, enquanto que o componente “obturado” cresce de 4,2 para 7,1 (um aumento de 69%). Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos 7 anos, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

Ainda com relação à cárie dentária, cabe destaque às importantes diferenças regionais. O CPO médio aos 12 anos nas capitais é de 1,7, enquanto que no interior é de 2,2 (uma diferença de 27%). Comparando-se as regiões, são expressivas as diferenças nas médias: o Norte (com 3,2), o Nordeste (com 2,7) e o Centro-Oeste (com 2,6) têm situação pior que as regiões Sudeste (com 1,7) e Sul (com 2,0). Os valores extremos (Norte e Sudeste) mostram uma diferença de cerca de 90%. Além disso, no Nordeste, a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor que no Sudeste indicando que o maior ataque da doença combina-se com menor acesso aos serviços odontológicos. Comparativamente ao observado em 2003, esse padrão de diferenças regionais manteve-se. Cabe ressaltar, também, que atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos (em que a presença majoritária é de dentes-de-leite) foi em média de 2,3 dentes. Desses, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003, a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados, uma redução, portanto, de apenas 18% em 7 anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados manteve-se no mesmo patamar de 80%.

Em termos internacionais, úteis para comparações, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004. Na ocasião, o CPO médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares.

Comparando-se o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira situa-se em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO aos 12 anos semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7). Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).

As condições gengivais foram avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário, que indica a presença de sangramento (gengivite), cálculo (tártaro) e bolsa periodontal (uma condição em que a inflamação gengival é de tal magnitude que ocorre rompimento dos ligamentos do dente à gengiva e até mesmo ao osso e que pode evoluir para a perda do dente). A presença de gengivite e/ou cálculo pode ser resolvida com procedimentos menos complexos na atenção básica, enquanto que a presença de bolsa periodontal requer tratamento especializado. Em termos populacionais, os problemas gengivais aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 68% para a idade de 12 anos, 51% para a faixa de 15 a 19 anos, 17% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos) em que se observa uma prevalência de 19%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais em decorrência do reduzido número de dentes presentes. Quanto às diferenças regionais, cabe menção ao percentual de adolescentes sem problemas gengivais: varia de 31% na região Norte a 57% na região Sudeste.

A demanda por próteses dentais é grande nos serviços odontológicos públicos e privados. Por essa razão, no Projeto SB Brasil 2010, as necessidades de próteses dentárias foram estimadas com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. As próteses dentárias referidas na pesquisa foram a parcial (quando há dentes remanescentes) e total (quando todos os dentes da arcada são substituídos). Buscou-se verificar se a necessidade ocorria em um ou nos dois arcos dentários (superior e inferior). Entre os adolescentes, 13% necessitam próteses parciais. Dessas, 10% em um arco dentário e 3% nos dois arcos dentários. Não houve registro para necessidade de próteses totais. Em 2003, 27% dos adolescentes necessitavam algum tipo de

prótese. Assim, constata-se importante redução de 52% nas necessidades de prótese entre adolescentes. Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 69% dos casos, sendo que a maioria (41%) é relativa à prótese parcial em um arco dentário. Em 1,3% dos casos, há necessidade de prótese total em pelo menos um arco dentário. Importante destacar que este percentual em 2003 era de 4,4%. A redução corresponde a 70%. Em idosos de 65 a 74 anos, 23% necessitam de prótese total em pelo menos um arco dentário e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, no arco superior e no arco inferior. Esses números estão muito próximos dos encontrados em 2003 e representam um contingente de mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um arco dentário e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial.

Os problemas de oclusão dentária, como mordida aberta, mordida cruzada, apinhamentos e desalinhamentos dentários, sobremordidas e protrusões, dentre outros, foram avaliados em crianças de 12 anos e em adolescentes (15 a 19 anos). Aos 12 anos, 38% apresentam problemas de oclusão. Em 20% dessas crianças, os problemas se expressam na forma mais branda. Entretanto, 11% têm oclusopatia severa e 7% apresentam oclusopatia muito severa, sendo esta a condição que requer tratamento mais imediato, constituindo-se em prioridade em termos de saúde pública. Nos adolescentes, as proporções são semelhantes, com 35% apresentando algum tipo de problema e, desses, 10% correspondem à forma mais severa da doença. Em termos absolutos, isso significa que cerca de 230 mil crianças de 12 anos e 1,7 milhões de adolescentes precisam de tratamento ortodôntico.

Dentre todos os entrevistados, 23% referiram ter sofrido de dor de dente nos seis meses anteriores à pesquisa. Esses percentuais variam pouco entre 5 e 44 anos (21% aos 5 anos e 27% nos adultos de 35 a 44 anos) e diminuem para 10% nos idosos de 65 a 74 anos, muito provavelmente em decorrência da perda de dentes. Entre as regiões, apenas a região Sul destaca-se com um valor mais baixo (20%), enquanto que as outras regiões apresentam prevalências de dor de dente muito próximas da nacional.

1.4 Processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

O processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal (eSB) fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo. Há duas modalidades de implementação de eSB que serão

detalhadas no próximo capítulo, e, como parte da atenção especializada, serão abordados o Centro de Especialidades Odontológicas e o Laboratório Regional de Prótese Dentária em capítulos distintos.

2 IMPLEMENTAÇÃO E MODALIDADES DE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

2.1 Implementação

A decisão política de adotar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de responsabilidade do Prefeito (BRASIL, 2001). Depois, é preciso vontade política e competência para implementar o programa (BRASIL, 2001). Nas cidades onde funciona a ESF, o comando geral das ações é de responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2001).

A equipe de Saúde Bucal (eSB) trabalha integrada à equipe da Estratégia de Saúde da Família. Para a implementação da eSB, o município deverá possuir equipe de Saúde da Família implementada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas de forma a garantir a resolutividade da atenção primária à saúde. A equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista ou com especialização em Saúde da Família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A ESF é cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acordo com os serviços oferecidos: equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I (ESFSB MI), Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II (ESFSB MII) (BRASIL, Portaria nº 750, 2006).

A Portaria nº 673 (BRASIL, 2003), estabelece que poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de Saúde Bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da atenção básica. Define, ainda, que os Municípios que

se qualificarem às ações de saúde bucal receberão o incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a modalidade escolhida.

O processo de implantação ou expansão da equipe de Saúde da Família, equipe de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde é detalhado na Portaria nº 648 (BRASIL, 2006). O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹². Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II da Portaria. A proposta deve definir:

- a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;
- b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da atenção básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
- h) contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

¹² Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Os Secretários Municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os COSEMS são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância à participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os Estados do País. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=318&letra=C>. Acesso em: 21 abr. 2011.

Seguindo orientações contidas na Portaria nº 648 (BRASIL, 2006), a proposta elaborada deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde¹³ dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipe de Saúde da Família (eSF), de equipe de Saúde Bucal (eSB) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do Piso da Atenção Básica variável. O município com a equipe previamente credenciada pelo Estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente à equipe efetivamente implantada a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades. O Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de eSF, de eSB e de ACS. Devem constar no Plano Municipal de Saúde o fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem (RX e ultra-som), saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica.

2.1.1 Requisitos para a implementação de Estratégia de Saúde da Família

Para que a equipe de Saúde Bucal seja incorporada à equipe de Saúde da Família é necessário que a ESF esteja implementada. Os requisitos necessários à implantação da ESF conforme a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006) são:

- a) existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho

¹³ O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, Lei nº 8142, 1990).

de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

- b) número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF;
- c) existência de Unidade Básica de Saúde (UBS) inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das ESF (que possua consultório médico e de enfermagem para a ESF, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da atenção básica à saúde);
- d) garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;
- e) existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

2.2 Modalidades de equipes de Saúde Bucal

Existe a possibilidade de implementação e financiamento de duas modalidades diferentes de equipe de Saúde Bucal (eSB):

- a) **modalidade tipo I** composta por um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal;
- b) **modalidade tipo II** composta por um Cirurgião-Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Técnico de Higiene Dental.

2.3 Equipamentos odontológicos

A Portaria nº 750 (BRASIL, 2006) inclui na Tabela de Equipamentos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) a categoria de Equipamento de

Odontologia. Esta categoria é composta pelos itens: Equipo Odontológico Completo¹⁴, Compressor Odontológico, Fotopolimerizador, Caneta de Alta Rotação, Caneta de Baixa Rotação, Amalgamador e Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato.

A Portaria nº 2.372 (BRASIL, 2009), cria, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica – Saúde Bucal, o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família implantadas a partir da competência outubro de 2009. São fornecidos: um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação). Estes equipamentos são cedidos aos Municípios pelo Ministério da Saúde mediante instrumento oficial denominado Termo de Doação aos Municípios. Caso o Ministério da Saúde constate através dos órgãos de controle externo ou pelas Secretarias Estaduais de Saúde a não-utilização do bem doado para fins e formas a que se propõe, será promovida a revogação parcial ou total desse Termo, estando reservado o direito de reclamar a restituição dos bens doados, podendo realocá-los em outra instituição ou Município, a critério da Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica -, sem direito de indenização ao donatário. Além disso, a mesma portaria estabelece que os gestores deverão providenciar a adequação visual da Unidade de Saúde que receber o equipamento, segundo o Manual de Inserção de Logotipo, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Recomenda-se que o recurso para investimento das equipes de Saúde Bucal, nas Unidades Básicas de Saúde, referente às Portarias nº 648 e nº 650 (BRASIL, 2006), seja destinado, além do definido nessas Portarias, à aquisição dos itens relacionados na lista de instrumentais e materiais permanentes odontológicos constantes do Anexo na Portaria nº 2.372 (BRASIL, 2009), de acordo com a necessidade do atendimento. O referido anexo possui 72 itens.

¹⁴ O termo equipo odontológico inclui itens como: cadeira odontológica (local onde o paciente senta para a consulta odontológica), refletor de luz, cuspeira, sugador de fluidos e mesa clínica (local onde é acoplada as canetas de alta e de baixa rotação). Na prática, um equipo pode significar uma cadeira odontológica completa, com todos os recursos disponíveis e acoplados entre si para o atendimento ao paciente. Para funcionar, precisa estar ligada a rede elétrica, encanamento de água e esgoto, além de compressor odontológico. Um compressor odontológico faz funcionar, geralmente, uma cadeira odontológica completa, mas dependendo de sua potência, pode estar conectado a duas ou mais.

2.4 Requisitos para a implementação de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

O Quadro 1 apresenta os requisitos necessários à incorporação de equipes de Saúde Bucal (eSB) após a implementação das equipes de Saúde da Família (eSF) segundo a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006).

Requisitos comuns para eSB modalidade I e II	Existência de equipe multiprofissional com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário.
	Trabalho integrado a uma ou duas eSF.
	Responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a eSF a qual está vinculada.
	Jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes da equipe.
Requisitos Modalidade II	Acrescenta-se, aos recursos humanos, o técnico de higiene dental.
Requisitos mínimos dentro da área para atendimento da eSB	Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde.
	Consultório odontológico para a eSB de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência.
	Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas de forma a garantir a resolutividade da atenção básica à saúde.

Quadro 1 - Requisitos necessários à incorporação de equipes de Saúde Bucal (eSB) após a implementação das equipes de Saúde da Família (eSF)

Fonte: Portaria nº 648 (BRASIL, 2006)

2.5 Financiamento

O financiamento da atenção básica é realizado por composição tripartite (BRASIL, Portaria nº 648, 2006). O componente federal é o Piso da Atenção Básica (PAB) composto por uma fração fixa e outra variável. O PAB fixo é destinado a todos os municípios, e o PAB

variável consiste no montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde:

- a) Saúde da Família;
- b) Agentes Comunitários de Saúde;
- c) Saúde Bucal;
- d) Compensação de Especificidades Regionais;
- e) Saúde Indígena;
- f) Saúde no Sistema Penitenciário.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 3.066 (BRASIL, 2008) defini os valores de Incentivo Financeiro das Equipes de Saúde Bucal nas Modalidades I e II segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. Para as eSB na Modalidade I são transferidos R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a cada mês por equipe, e para as eSB na Modalidade II são transferidos R\$ 2.600,00 (dois mil e seiscentos reais) a cada mês, por equipe. Não é objetivo desta monografia relatar todas as formas de financiamento e incentivos financeiros das Equipes de Saúde Bucal. Estes dados foram citados no trabalho para que o leitor possa perceber que existem incentivos financeiros para os municípios implementarem e permanecerem com a eSB atuando para alterar o modelo de atenção tradicional para a nova Política de Atenção Básica.

A Portaria nº 3.839 (BRASIL, 2010) defini que os municípios ou Distrito Federal, fazem jus ao recebimento do incentivo financeiro, no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) mensais por equipe, desde que obrigatoriamente possuam profissionais médicos com registro de especialista em Medicina de Família e Comunidade junto ao Conselho Federal de Medicina ou sua instância regional.

Analisando a Portaria nº 3.839 (BRASIL, 2010), o Ministério da Saúde demonstra a preocupação com a qualidade dos serviços prestados por meio de profissionais especialistas e estimula a valorização dos profissionais. Também abre a oportunidade para que os Cirurgiões-Dentistas integrantes da eSB na ESF possam ser contemplados com este incentivo futuramente, pois na especialização promovida pela Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) há vagas, em menor número com relação às vagas para médicos, para odontólogos integrantes da ESF.

3 COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerando que o Brasil possui 5565 municípios, até março de 2011, a eSF estava implementada em aproximadamente 95% dos municípios brasileiros, e a eSB, em 86,7%. Partindo da análise do vínculo que deve existir entre eSB com eSF, 91,29% dos municípios que já possuem a eSF atuando tem eSB implementada. Os dados da cobertura da ESF estão demonstrados na Figura 1 e Figura 2.

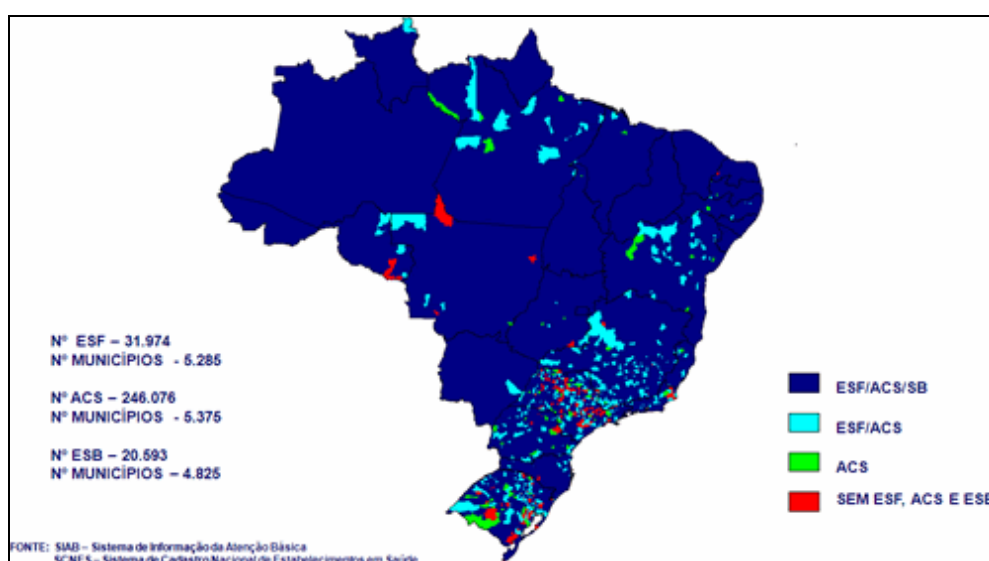


Figura 1 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no mês de março de 2011

Fonte: Histórico de Cobertura do PSF. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 03 maio 2011.

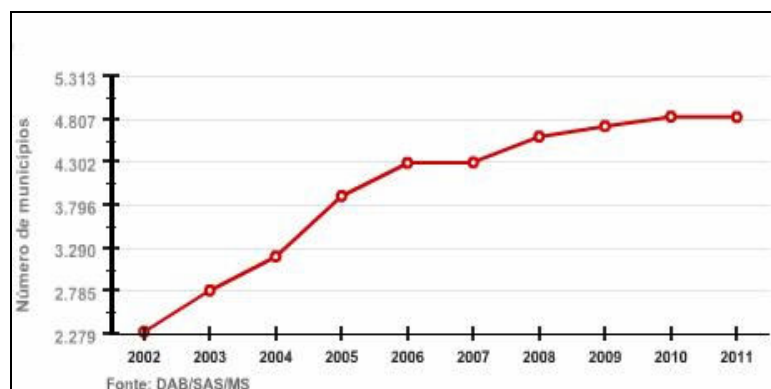


Figura 2 - Número de municípios atendidos pelo Brasil Sorridente até março de 2011

Fonte: Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

Dados publicados no site do Ministério da Saúde (MS) sobre o credenciamento e implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil no mês de março de 2011¹⁵ apontam para uma estimativa de cobertura populacional de 52,75%, conforme Quadro 2. A região nordeste do país é a que possui a maior proporção de cobertura populacional (72,59%). Portanto, muito acima da média nacional de 52,75%. A região com menor cobertura populacional é a região Sudeste (40,39%). As regiões do país, em ordem decrescente de cobertura populacional são: Nordeste (72,59%), Centro-Oeste (53,11%), Norte (52,29%), Sul (50,55%) e Sudeste (40,39%). Considerando o número de eSF implementadas por região, em ordem decrescente, a seqüência é: Nordeste (12.840), Sudeste (9.956), Sul (4.383), Norte (2.512) e Centro-Oeste (2.283). Sabendo que a implementação de uma eSF está vinculada à população de um território delimitado, esses dados precisam ser avaliados no sentido de cobertura populacional. Quanto menor a cobertura populacional, maior é a necessidade de implementação de novas eSF.

Região	População	Equipe de Saúde da Família					
		Nº de Municípios com eSF	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Centro Oeste	13.896.739	459	3.175	2.334	2.283	7.381.078	53,11
Nordeste	53.598.324	1.783	15.493	13.084	12.840	38.908.833	72,59
Norte	15.438.883	442	3.070	2.569	2.512	8.073.495	52,29
Sudeste	80.920.819	1.506	13.407	10.072	9.956	32.682.618	40,39
Sul	27.721.009	1.095	5.115	4.431	4.383	14.013.829	50,55
Total Geral	191.575.774	5.285	40.260	32.490	31.974	101.059.853	52,75

Quadro 2 - Cobertura de equipe de Saúde da Família por regiões e no país em março de 2011
 Fonte: Adaptado de: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

¹⁵Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

A Figura 3 apresenta a evolução do número de municípios com equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março de 2011. Neste mesmo período, a Figura 4 faz uma relação entre a meta e a realização (implementação) de eSB. Nesta pode-se observar o grande avanço de eSB implementadas a partir do ano de 2004.

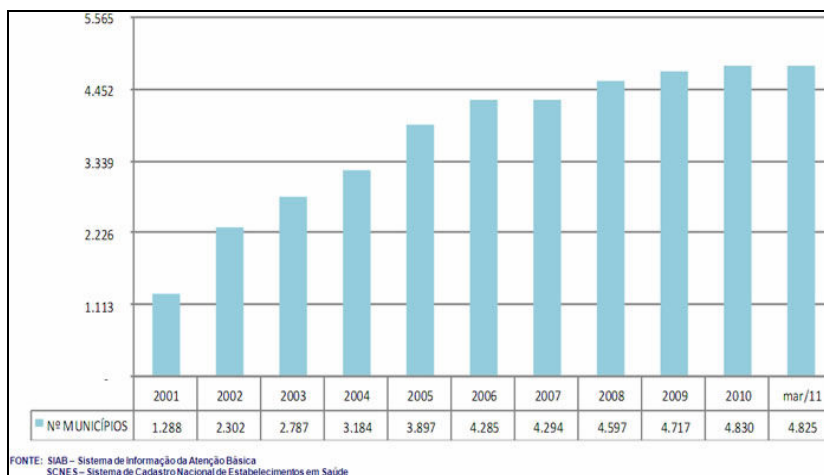


Figura 3 - Evolução do número de municípios com equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março de 2011

Fonte: Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sb_nro_municipio.jpg>. Acesso em: 03 maio 2011.

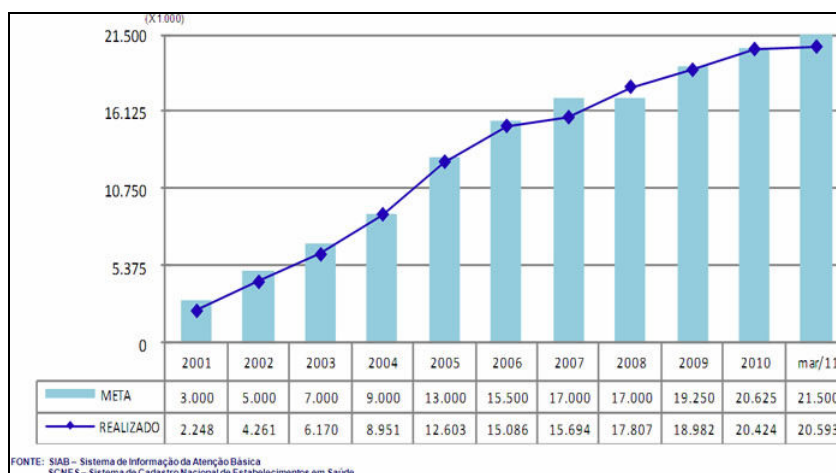


Figura 4 - Meta e evolução do número de equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março 2011

Fonte: Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sb_meta_evolucao.jpg>. Acesso em: 03 maio 2011.

A Figura 5 apresenta a cobertura populacional do Brasil Sorridente no país até março de 2011 e a Figura 6, o número de equipes de saúde bucal implantadas no mesmo período. A

representação da cobertura de eSB por regiões e no país em março de 2011 está demonstrada no Quadro 3. Neste, pode-se verificar que na modalidade I, estão implantadas 18.866 equipes, e na modalidade II, 1.727 implementadas.

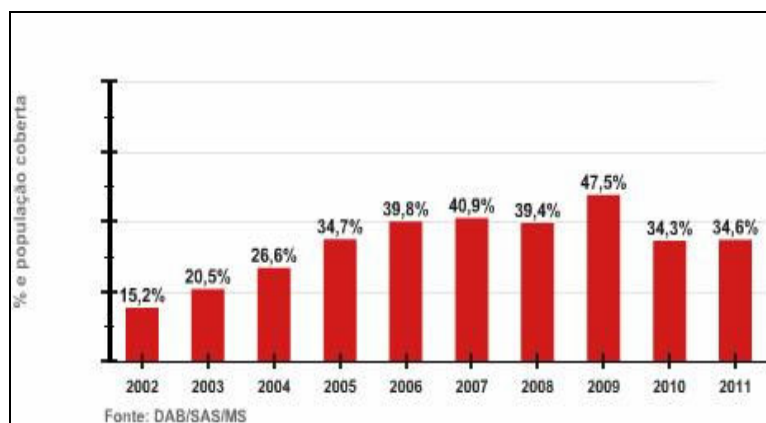


Figura 5 - Cobertura populacional do Brasil Sorridente no Brasil até março de 2011

Fonte: Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

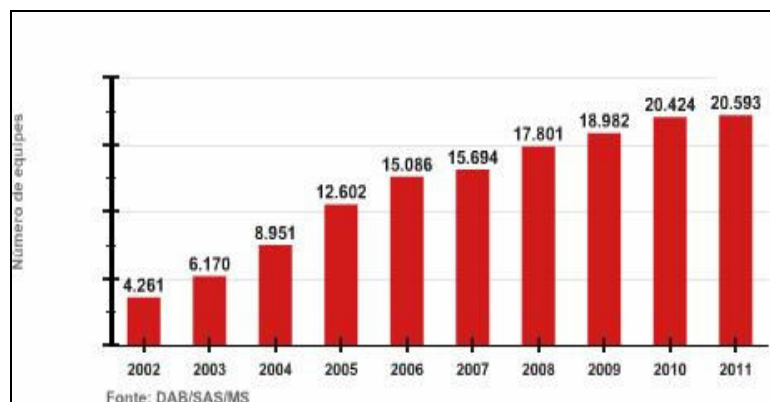


Figura 6 - Número de equipes de saúde bucal no Brasil Sorridente implantadas no país até março de 2011

Fonte: Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

No Estado do Rio Grande do Sul, até março de 2011, havia 418 municípios com eSF, e 1.218 eSF implantadas. A estimativa da população coberta pelas eSF era de 35,96% da população atual, conforme demonstra o Quadro 4. Dados levantados sobre o credenciamento e implantação das equipes de saúde bucal na ESF no estado do Rio Grande do Sul no mês de março de 2011¹⁶ revelam que há 325 municípios com eSB. Na modalidade I, estão

¹⁶ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

implantadas 649 eSB, e na modalidade II há 20 eSB implantadas, conforme demonstra o Quadro 5.

Região	População	Equipe de Saúde Bucal						
		Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
			Credenciadas pelo MS	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo MS	Cadastradas no Sistema	Implantadas
Centro Oeste	13.896.739	454	2.090	1.559	1.454	349	213	203
Nordeste	53.598.324	1.755	10.742	9.777	9.475	297	304	260
Norte	15.438.883	428	1.796	1.544	1.484	104	88	82
Sudeste	80.920.819	1.243	5.630	4.434	4.236	1.285	818	742
Sul	27.721.009	945	2.668	2.288	2.217	593	451	440
Total Geral	191.575.774	4.825	22.926	19.602	18.866	2.628	1.874	1.727

Quadro 3 – Cobertura de equipe de Saúde Bucal por regiões e no país em março de 2011

Fonte: Adaptado de: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

Estado	População	Equipe de Saúde da Família					
		Nº de Municípios com eSF	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
RS	10.914.752	418	1.391	1.237	1.218	3.925.147	35,96%

Quadro 4 - Cobertura de equipe de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul em março de 2011

Fonte: Adaptado de: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

Estado	População	Equipe de Saúde Bucal						
		Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
			Credenciadas pelo MS	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo MS	Cadastradas no Sistema	Implantadas
RS	10.914.752	325	777	668	649	24	21	20

Quadro 5 - Cobertura de equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul em março de 2011

Fonte: Adaptado de: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

Analisando a relação entre eSB e eSF implantadas, há a possibilidade de implementação de muitas eSB na ESF contribuindo cada vez mais para melhorar as condições de saúde bucal e bem-estar da população brasileira.

4 PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE BUCAL E POPULAÇÃO COBERTA

A Portaria nº 648 (BRASIL, 2006) estabelece que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes. Estabelece, também, que compete ao Ministério da Saúde:

- a) estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da atenção básica;
- b) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica;
- c) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à atenção básica.

Ainda não é exigido que o Cirurgião-Dentista que atua na equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família seja especialista em Saúde da Família. É o governo federal que está propiciando cursos gratuitos de qualificação aos profissionais de saúde que atuam na rede pública de saúde. O Decreto Presidencial 7.385 (BRASIL, 2010), publicado no Diário Oficial da União, institui o sistema Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS). Este utiliza tecnologias de educação à distância, o que minimiza a necessidade de deslocamento do profissional da sua cidade ou região. Desde 2008, ano de criação do UnA-SUS, foram contratados cursos para especializar mais de 23 mil profissionais em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes trabalhadores foram capacitados por meio de uma universidade pública parceira do UnA-SUS. É esta universidade que disponibiliza o curso de educação à distância, faz a supervisão necessária e oferece o certificado educacional. Assim, é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para autoinstrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais.

4.1 Profissionais da área de saúde bucal

Os profissionais da área da saúde contratados para trabalhar na equipe de Saúde Bucal (eSB) da Estratégia de Saúde da Família são: o Cirurgião-Dentista, o Auxiliar em Saúde Bucal e o Técnico em Saúde Bucal. Este último profissional é contratado somente se a eSB for implementada na modalidade II.

A seleção dos profissionais para trabalhar na eSB é realizada mediante aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos. Isso é uma exigência prevista no artigo 37 da Constituição Federal que estabelece que a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos.

A forma de contratação depende de cada município. O profissional pode ser admitido pelo regime estatutário municipal ou pelo regime da consolidação das leis trabalhistas (CLT). Essa informação estará explícita no edital do concurso público.

A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais para todos os profissionais da ESF, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família e até 8 horas, do total de sua carga horária, para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte (BRASIL, Portaria nº 648, 2006).

4.1.1 Atribuições do Cirurgião-Dentista

As atribuições do Cirurgião-Dentista conforme a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006) estão descritas no Quadro 6.

Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal
Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais
Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade
Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento
Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais
Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar
Contribuir e participar das atividades de educação permanente do THD, ACD e eSF
Realizar supervisão técnica do THD e ACD
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF

Quadro 6 – Atribuições do Cirurgião-Dentista

Fonte: Portaria nº 648 (BRASIL, 2006)

4.1.2 Atribuições do Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal

Os termos THD e ACD foram substituídos respectivamente pelos termos Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). A regulamentação do exercício das profissões de ASB e TSB foi estabelecida pela Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008) e as competências de atuação de cada profissional estão descritas no Quadro 7 e no Quadro 8. Tanto o ASB quanto o TSB só poderão atuar sob a supervisão do Cirurgião-Dentista (CD).

Organizar e executar atividades de higiene bucal
Processar filme radiográfico
Preparar o paciente para o atendimento
Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares
Manipular materiais de uso odontológico
Selecionar moldeiras
Preparar modelos em gesso
Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal
Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho
Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal
Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos
Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários
Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal
Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção

Quadro 7 – Competências do Auxiliar em Saúde Bucal

Fonte: Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008)

Todas as competências do ASB demonstradas no Quadro 7
Participar do treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde
Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais
Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador
Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do CD
Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo CD
Supervisionar, sob delegação do CD, o trabalho dos ASB
Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas
Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo CD
Proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares
Remover suturas
Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos
Realizar isolamento do campo operatório
Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o CD em ambientes clínicos e hospitalares

Quadro 8 – Competências do Técnico em Saúde Bucal

Fonte: Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008)

4.2 População coberta

O Ministério da Saúde através da Coordenação Nacional de Saúde Bucal emitiu uma nota técnica sobre a cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família¹⁷. Nela, a população coberta por uma equipe de Saúde Bucal deve ser de aproximadamente 1.000 famílias (cerca de 3.450 pessoas), pois o trabalho é vinculado à mesma população que a eSF oferece suas ações, e para calcular a porcentagem de cobertura populacional por equipe de Saúde Bucal multiplica-se o número de eSB em determinado local e período por 3.450 e por 100 e, após, divide-se este número pela população no mesmo local e período:

$$\frac{\text{Número de eSB em determinado local e período} \times 3.450}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Recomenda-se que cada eSF acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2001). A Coordenação Nacional de Saúde Bucal preconiza que uma equipe de Saúde da Família seja vinculada a uma equipe de Saúde Bucal, assim como a Portaria nº 673 (BRASIL, 2003), também permite. O número máximo de eSF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos é calculado pela divisão da população por 2400 (BRASIL, Portaria nº 648, 2006).

¹⁷ Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2011.

5 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

O tratamento oferecido no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e pelas equipes de saúde bucal que estão na Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento ao CEO apenas casos mais complexos.

A Portaria nº 599 (BRASIL, 2006) define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

Os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) classificados: Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade. O CEO oferece, no mínimo, à população serviços como (BRASIL, Portaria nº 599, 2006):

- a) Diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- b) Periodontia especializada;
- c) Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- d) Endodontia;
- e) Atendimento a portadores de necessidades especiais.

A Unidade de Saúde a ser habilitada nas modalidades de CEO e/ou de LRPD deve atender às seguintes condições:

- a) ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- b) ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES;
- c) dispor dos equipamentos e dos recursos mínimos exigidos na Portaria nº 599 (BRASIL, 2006) e que estejam exclusivamente a serviço do SUS e dos serviços mínimos exigidos na mesma Portaria.

A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

- a) identificação do Município ou do Estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- b) descrição dos serviços que serão ofertados;
- c) demonstração da coerência com o Plano Diretor de Regionalização;

- d) identificação da área de abrangência do CEO, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;
- e) emissão de documento, pelos gestores, atestando que atendem aos requisitos estabelecidos no Anexo I da Portaria nº 599 (BRASIL, 2006), com prazo de 30 (trinta) dias, a contar do credenciamento do CEO, para providenciar a atualização, caso necessário, dos sistemas de informação relacionados. As características das modalidades de CEO estão apresentadas no Quadro 9.

Caberá às respectivas CIB encaminhar solicitação de habilitação dos CEOs, conforme o fluxo estabelecido, e à Secretaria de Atenção à Saúde a formalização em portaria específica. O não atendimento às condições e características definidas na Portaria nº 599 pelos municípios pleiteantes, bem como pelas Unidades de Saúde, a qualquer tempo, implica o descredenciamento da Unidade de Saúde.

Poderão credenciar-se como CEO somente as Unidades de Saúde de natureza jurídica pública, universidades de qualquer natureza jurídica, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica e serviços sociais autônomos (BRASIL, Portaria nº 599, 2006). Os gestores deverão providenciar a adequação visual da Unidade de Saúde à qual está sendo pleiteado o credenciamento para os itens considerados obrigatórios do Manual de Inserção de Logotipo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em seu site.

5.1 Modalidades de Centros de Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são classificados em tipo I, tipo II e tipo III (BRASIL, Portaria nº 599, 2006). O Quadro 9 apresenta as características das modalidades de CEO.

A Portaria nº 600 (BRASIL, 2006), institui incentivo financeiro para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciado pelo Ministério da Saúde e destinado ao custeio dos serviços de saúde ofertados. O CEO Tipo I recebe R\$ 79.200,00; O CEO Tipo II recebe R\$ 105.600,00; e o CEO Tipo III recebe R\$ 184.800,00. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores. A mesma Portaria define incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada CEO Tipo 1; R\$

50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CEO Tipo 2; e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada CEO Tipo 3; credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas.

As condições gerais e o fluxo de credenciamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) foi alterada pela Portaria nº 2.373 (BRASIL, 2009). O gestor poderá credenciar como CEO e LRPD quantos estabelecimentos forem necessários para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitado à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde. O gestor também poderá credenciar CEO e LRPD com recursos próprios. O gestor municipal e o estadual interessados em implantar CEO ou em credenciar algum estabelecimento de saúde deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, CEO Tipo 2 ou CEO Tipo 3. A partir da proposta do pleiteante, a CIB informará o Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área de Saúde Bucal - sobre o(s) Município(s) e o(s) estabelecimento(s) de saúde aprovado(s).

A Figura 7 apresenta o número de CEO implantados no Brasil até março de 2011. Até este período, somente 16 municípios do estado do Rio Grande do Sul possuíam CEO implantados, sendo 20 CEO no total no estado. As cidades que possuem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no estado do Rio Grande do Sul são¹⁸:

- **CEO Tipo I:** Alvorada, Bagé, Cachoeirinha, Canoas, Ijuí, Ijuí – Consórcio, Lajeado, Montenegro, Panambi, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, Uruguaiana;
- **CEO Tipo II:** Canguçu, Caxias do Sul, Porto Alegre - G. H. Conceição, Porto Alegre - Centro de Saúde Sta. Marta, Porto Alegre – IAPI, Porto Alegre UFRGS, Santa Maria.

A Figura 8 apresenta a evolução do número de CEO implementados no Estado do Rio Grande do Sul do ano de 2004 até março de 2011.

¹⁸ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades/rs.php>. Acesso em: 21 abr. 2011.

Dispõe sobre	CEO I	CEO II	CEO III
Atividades	a) Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer b) Periodontia especializada c) Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros d) Endodontia e) Atendimento a portadores de necessidades especiais	Idem ao CEO I	Idem ao CEO I
Equipamentos e materiais	a) Aparelho de raios-X dentário b) Equipo odontológico c) Canetas de alta e baixa rotação d) Amalgamador e) Fotopolimerizador f) Compressor compatível com os serviços g) Instrumentais compatíveis com os serviços	Idem ao CEO I	Idem ao CEO I
	3 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor)	4 a 6 consultórios odontológicos completos	7 ou mais consultórios odontológicos completos
Outros recursos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados	Idem orientação do CEO I	Idem orientação do CEO I
	3 ou mais CD e 1 ASB por consultório odontológico	4 ou mais CD e 1 ASB por consultório odontológico	7 ou mais CD e 1 ASB por consultório odontológico
	Cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de CD que nele atuem.	Idem orientação do CEO I	Idem orientação do CEO I
	No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	Idem orientação do CEO I	Idem orientação do CEO I

Quadro 9 – Características das modalidades de CEO
Fonte: Adaptado de: Anexo I Portaria nº 599 (BRASIL, 2006).

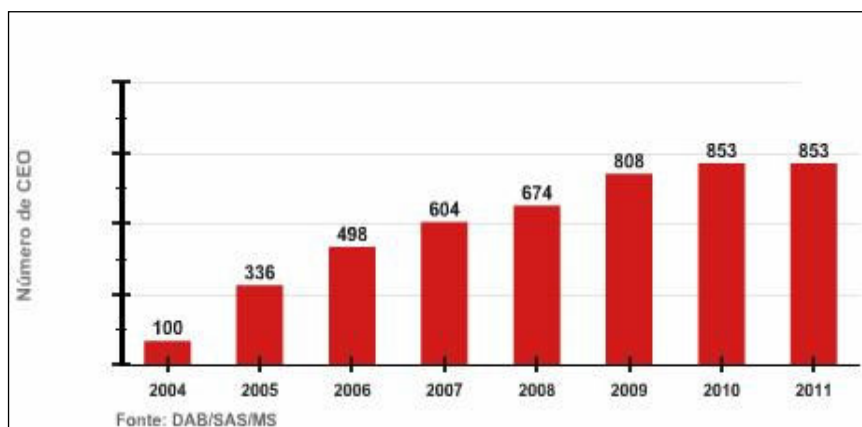


Figura 7 – Número de Centros de Especialidades Odontológicas implantadas no Brasil até março de 2011

Fonte: Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

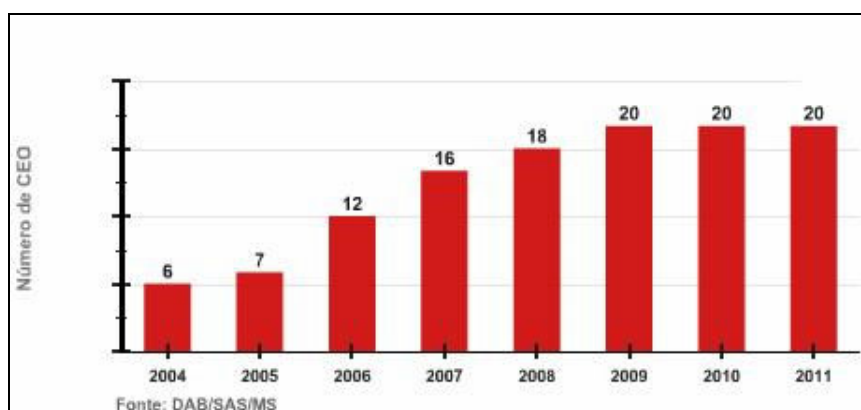


Figura 8 - Número de Centros de Especialidades Odontológicas implantados no Estado do Rio Grande do Sul até março de 2011

Fonte: Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

Em abril de 2011, o Ministério da Saúde incluiu na assistência odontológica as especialidades de implante e ortodontia no Programa Brasil Sorridente¹⁹. A oferta dos serviços depende da organização dos estados e dos municípios. A ortodontia faz a correção, por meio de aparelhos bucais, do posicionamento dos dentes e da mordida, evitando problemas com dores e desconforto. Já o implante dentário visa à substituição de dentes perdidos. O implante pode substituir um único dente, ou mesmo toda a arcada dentária, através das “overdentures” (dentaduras fixadas na boca por meio de implantes). Os recursos

¹⁹ Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NO TICIA=12502>. Acesso em: 03 maio 2011.

para a inclusão dos novos tratamentos no Programa Brasil Sorridente serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para as secretarias estaduais e municipais de saúde, responsáveis pela gestão dos CEO's. Os pagamentos serão liberados de acordo com a produção apresentada pelo município. Com certeza, mais um grande avanço nos serviços oferecidos pelo SUS no Brasil, visto que, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), 35% da população brasileira possui alguma disfunção que necessita de tratamento ortodôntico.

6 LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

Seguindo com a atenção especializada na saúde bucal através do Programa Brasil Sorridente, além da implantação de Centro de Especialidades Odontológicas, há também a implementação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). Estes são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de: Prótese Total Mandibular, Prótese Total Maxilar, Prótese Parcial Mandibular Removível, Prótese Parcial Maxilar Removível e Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por elemento).

As Portarias nº 2.373, 2.374 e 2.375 (BRASIL, 2009), visam ampliar o número de LRPDs e a oferta de próteses dentárias, além de aumentar e mudar a forma do repasse financeiro federal para este fim.

O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES com o tipo de estabelecimento Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e subtipo de estabelecimento 39.03 para realizar, no mínimo, um dos procedimentos definidos na Portaria nº 2.374 (BRASIL, Portaria nº 2.373, 2009).

Os Municípios com qualquer base populacional poderão cadastrar o(s) LRPD(s). Não há restrição quanto à natureza jurídica para os estabelecimentos a serem cadastrados por esses Municípios como LRPD (BRASIL, Portaria nº 2.373, 2009) e, também, não há restrição quanto à natureza jurídica para as Unidades de Saúde credenciarem-se como LRPD (BRASIL, Portaria nº 599, 2006).

O gestor municipal ou estadual interessado em credenciar/contratar um ou mais LRPD(s) deve encaminhar a proposta por intermédio de ofício à Área Técnica de Saúde Bucal – Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde. A proposta que trata da implantação do LRPD deverá contemplar, minimamente, os seguintes elementos:

- a) identificação do Município ou do Estado pleiteante e do Estabelecimento de Saúde, com cópia do CNES;
- b) identificação da área de abrangência do serviço que irá ser ofertado, indicando qual Município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;
- c) descrição dos procedimentos que serão ofertados;

d) emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado.

O Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) realizará avaliação trimestral da produção total realizada pelo Município, com base nos dados extraídos dos sistemas de informação e de disseminação de dados, referentes aos procedimentos definidos no art. 1º da Portaria nº 2.374 (BRASIL, 2009). A verificação e a análise das informações dos procedimentos realizados no LRPD será por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

A Portaria nº 2.374 (BRASIL, 2009), altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Todos os tipos de próteses dentárias receberão o valor de R\$ 60,00 (sessenta reais). A mesma Portaria atualiza, no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a Tabela do Tipo de Estabelecimento, alterando o Tipo de Estabelecimento 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) criando o subtipo de estabelecimento 39.03 - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Ainda, define que o estabelecimento que realizar atendimento ao paciente, que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 - Serviço de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, com a classificação 007 - OPM em Odontologia. O LRPD deverá possuir, no mínimo, um profissional com o CBO - 3224-10, Protético Dentário. Estabelece que o financiamento dos procedimentos seja incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios.

As cidades que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no estado do Rio Grande do Sul são: Alvorada, Bagé, Canguçu, Caxias do Sul, Jóia, Mostardas, Nonoai, Panambi, Pelotas, Porto Alegre, Santa Maria, Santiago, São Borja, São Martinho. A média de produção mensal em cada LRPD é de 50 próteses, Quadro 10.

MUNICÍPIO	PORTARIA	RECURSO ANUAL (R\$)	RECURSO MENSAL (R\$)	PRODUÇÃO MENSAL ESTIMADA	GESTÃO
ALVORADA	GM 2375 (07/10/2009)	36.000,00	3.000,00	50	Municipal
BAGÉ	GM 870 (19/04/2010)	108.000,00	9.000,00	150	Estadual
CANGUÇU	GM 2375 (07/10/2009)	21.600,00	1.800,00	30	Estadual
CAXIAS DO SUL	GM 2375 (07/10/2009)	21.600,00	1.800,00	30	Municipal
JÓIA	GM 2071 (23/07/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual
MOSTARDAS	GM 870 (19/04/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual
NONOAI	GM 870 (19/04/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual
PANAMBI	GM 2375 (07/10/2009) GM 4262 (30/12/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Municipal
PELOTAS	GM 2375 (07/10/2009)	1.080,00	90,00	2	Municipal
PORTO ALEGRE	GM 2071 (23/07/2010)	60.120,00	5.010,00	84	Municipal
SANTA MARIA	GM 870 (19/04/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual
SANTIAGO	GM 2071 (23/07/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual
SÃO BORJA	GM 2071 (23/07/2010)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual
SÃO MARTINHO	GM 2375 (07/10/2009)	36.000,00	3.000,00	50	Estadual

Quadro 10 - Cidades que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no Estado do Rio Grande do Sul

Fonte: Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades_lrp/rs.php>. Acesso em: 21 abr. 2011

Os gestores municipais/estaduais devem estar atentos às mudanças. Estas novas portarias têm como principal objetivo consolidar a atenção secundária a saúde em odontologia principalmente no que se refere à reabilitação através de próteses dentárias. Conforme constatou o Projeto SB Brasil 2010, a demanda por próteses dentais é grande nos serviços odontológicos públicos e privados. Entre os adolescentes, 13% necessitam próteses parciais. Nos adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 69% dos casos. Em idosos de

65 a 74 anos, 23% necessitam de prótese total em pelo menos um arco dentário e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, no arco superior e no arco inferior. De forma geral, há um contingente de mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um arco dentário e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial. Em vista disso, proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador é fundamental.

CONCLUSÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente está transformando o modelo tradicional de atenção à saúde no modelo de atenção integral. Este novo modelo de atenção à saúde promove prevenção, promoção de saúde, recuperação e reabilitação oral, buscando melhorar as condições de saúde bucal dos brasileiros. Com isso, melhora os índices utilizados internacionalmente na odontologia como o índice para dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO) como demonstram os primeiros resultados publicados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 em relação aos outros levantamentos epidemiológicos realizados em anos anteriores. É uma política pública nacional que melhora a qualidade de vida das pessoas e humaniza o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) quando delimita a população atendida para um determinado território e estabelece o vínculo profissional da equipe de saúde bucal com a população do território coberto, além de aumentar a resolutividade na atenção básica. Em municípios sem a Estratégia de Saúde da Família implementada, muitas vezes, percebe-se a fragmentação da atenção, a baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade.

O levantamento bibliográfico realizado nesse trabalho relata a responsabilidade do gestor público, principalmente o prefeito, na tomada da decisão da implementação e no planejamento que deve ocorrer para efetivar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) nos municípios. Além disso, esse trabalho poderá servir para orientar os odontólogos e os gestores que não possuem equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) implementadas e, ainda, poderá favorecer a compreensão da implementação dessa política nos municípios para melhorar os índices de saúde bucal e a satisfação do usuário SUS com o atendimento prestado.

Essa política tem promovido a reorganização das práticas e da rede de atenção à saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de atenção básica em saúde bucal, principalmente por meio das eSB na ESF e da atenção especializada em saúde bucal (Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratório Regional de Prótese Dentária), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A regulamentação da PNSB está publicada em leis, portarias, entre outros documentos. É dever do gestor público manter-se informado e atualizado em torno da legislação para que possa implementar políticas e fazer escolhas da melhor forma possível

para a comunidade. Assim, espera-se de um gestor público eficiente que ele solucione o maior número possível de conflitos e tenha como características a isenção, a objetividade, a precisão e a responsabilidade na tomada de decisões políticas governamentais que envolvem a população. Dessa forma, atua no contexto de vida das pessoas, promovendo melhor qualidade de vida e saúde. Deve estar apto, também, a resolver ou pelo menos entender a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira e manter-se informado de todas as políticas públicas possíveis de implementação. É imprescindível ações políticas que modifiquem as condições de saúde bucal da população brasileira. Atualmente, o acesso às informações é mais fácil devido ao avanço no campo tecnológico das tecnologias de informação e comunicação. Com isso, há mais uma ferramenta disponível à população para auxiliar na fiscalização e no controle social.

Há duas modalidades de implementação de equipes de Saúde Bucal (eSB). Na modalidade I há um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal; na modalidade II, acrescenta-se aos recursos humanos, o técnico em saúde bucal. O número de eSB implementadas na modalidade I é muito superior ao número de equipes na modalidade II. Até março de 2011, 86,7% dos municípios brasileiros tinham a política implementada, correspondendo a 34,6% de cobertura populacional no país. A atenção especializada desenvolvida no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) está implementada em 16 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, totalizando 20 CEOs, e O Laboratório Regional de Prótese Dentária está implementado em 14 municípios no Estado. O Brasil Sorridente é um importante avanço na saúde pública brasileira, mas ainda há muito por fazer para alcançar, de fato, a atenção integral e melhorar os índices de saúde bucal, qualidade de vida e bem-estar.

No ciclo de políticas públicas, após a implementação, as etapas seguintes são: o monitoramento, a avaliação e os ajustes necessários. Dessa forma, conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira através de levantamentos epidemiológicos é extremamente relevante para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde. Também é necessário manter uma base de dados eletrônicos para o componente de vigilância à saúde e para uma correta avaliação das ações e serviços.

Nesse trabalho, privilegiou-se a parte burocrática da regulamentação da PNSB. No decorrer do levantamento bibliográfico, verificou-se que existem várias portarias que regulamentam os incentivos e recursos financeiros. Algumas são substituídas no todo ou em partes por novas portarias, e para uma correta revisão bibliográfica seria necessário mais tempo. Além disso, não teria como escrever sobre o financiamento da eSB sem entrar em

detalhes na Estratégia de Saúde da Família. Isto é um assunto para ser desenvolvido em outro trabalho.

Seria fundamental, agora, realizar pesquisas, entrevistas, com os usuários do sistema e obter a opinião direta deles. É preciso verificar se os dois lados têm as mesmas opiniões ou se há falhas no sistema. Assim, subsidiar pesquisas que visem o estabelecimento de relações entre os dados encontrados e a realidade socioeconômica e demográfica da população brasileira, além de contribuir para o desenvolvimento da investigação epidemiológica a partir da construção e consolidação de um referencial teórico-metodológico, é extremamente relevante. Com isso, fornece-se subsídios relativos à Saúde Bucal aos profissionais da área da saúde, da educação, do planejamento e da administração.

Há muito ainda para se fazer pela saúde bucal na saúde pública. No entanto, analisando o contexto de seu desenvolvimento como política de saúde pública são enormes o seu avanço e as conquistas alcançadas principalmente por meio do Brasil Sorridente. Vale ressaltar que é importante acrescentar as demais especialidades da odontologia no setor público.

A legislação do SUS está em contínua transformação. Informações, regulamentações, legislações estão sendo editadas e atualizadas. Manter-se atualizado sobre o tema é um dever do gestor público para a correta aplicação das políticas e dos incentivos financeiros disponíveis que possam melhorar a qualidade de vida da população.

As informações abordadas neste trabalho estão disponíveis na Internet para a consulta de qualquer cidadão. Entretanto, existem algumas informações em sites do governo que são restritas aos gestores mediante senha, e a autora desse trabalho não conseguiu acesso. Procurou-se pesquisar toda a legislação relevante que trata da eSB na ESF. Contudo, devido às atualizações e por não haver publicação na Internet, pode ter legislação que não tenha sido citada nesse trabalho e, portanto, enfatiza-se a relevância do gestor público estar em contato permanente com a Secretaria de Saúde do Estado e com o Ministério da Saúde para atualizar-se sobre os assuntos mais recentes e ainda não publicados na Internet ou que necessitam de senha de acesso.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA USP DE NOTÍCIAS. **Estudo confirma relação entre periodontite e aterosclerose.** Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/?p=23748>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTERIO DA SAÚDE. Dicas de Saúde. **Halitose.** Disponível em: <<http://bvsm.sau.de.gov.br/html/pt/dicas/160halitose.html>>. Acesso em: 02 maio 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 66, de 13-07-2010. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/CON1988.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/lei8080_19_09_90.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/lei8142_28_12_90.pdf>. Acesso em 27 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/nob96.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/noas_2001.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673 / GM, de 3 de junho de 2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-673.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria599_23_03_06.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 600, de 23 de março de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria600_23_03_06.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria648.pdf>>. Acesso em 01 mar. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006**. Normas de cadastramento das Equipes de Estratégia Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família – ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal – ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários da Saúde – ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 out. 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria750_10_10_06.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2008. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3066_23_12_08.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008.** Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Disponível em: <http://www.crors.org.br/legislacao/%5Bwww.crors.org.br%5Dlei_11889_-_tsb_e_asb.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009.** Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 out. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_2372_07_10_09.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009.** Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 out. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/ret_portaria599_23_03_06.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.374, de 7 de outubro de 2009.** Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 out. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_2374_07_10_09.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.375, de 7 de outubro de 2009.** Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 out. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_2375_07_10_09.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.839, de 7 de dezembro de 2010.** Estabelece incentivo para equipes de Saúde da Família que contem com profissionais certificados para atuação na Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3839_07_12_2010.html>. Acesso em: 21 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p.: il. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010** – Nota para a Imprensa. Brasília: 28 dez. 2010. Disponível em: <http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010_Nota_Imprensa.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família**: Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passo_a_passo.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Nota Técnica. **Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Cirurgião-Dentista na UTI é importante para o controle de infecções**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/imprensa/saiu-na-imprensa/cirurgiao-dentista-na-uti-e-importante-para-o-controle-de-infeccoes/>>. Acesso em 23 abr. 2011.

DE SETA, M. H.; REIS, L. G. da C.; DELAMARQUE, E. V. **Gestão da vigilância à saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010. 150p.

DENTALPRESS. **Problemas odontológicos podem reduzir em 21% o rendimento do jogador**. Disponível em: <<http://www.dentalpress.com.br/v5/noticias.php?id=6278>>. Acesso em: 23 abr. 2011.

ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. **Manual de Orientação 15º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal**. Brasília. 2010. Disponível em: <http://inovacao.enap.gov.br/images/Documentos/manual_orientacao_15_concurso_sem.pdf> Acesso em 03 maio 2011.

GARCIA, D do V. **A construção da política nacional de saúde bucal**: percorrendo os bastidores do processo de formulação. 2006. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=282> . Acesso em: 25 fev. 2011.

IBGE CIDADES@. **Santana do Livramento-RS População 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados do Censo 2010**. Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011.

MÉDICI, A. C. **A economia política das reformas em saúde**. Porto Alegre: IAHCS, 1997 (cap 1: A economia da demanda em saúde). Disponível em: <<http://moodleinstitucional.ufrgs.br/course/view.php?id=12936>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente**. Disponível em: <http://189.28.128.99/dab/cnsb/brasil_sorridente.php>. Acesso em 27 fev. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cidades Atendidas. **Centro de Especialidades Odontológicas no estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades/rs.php>. Acesso em: 21 abr. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cidades Atendidas. **Cidades que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades_lrpd/rs.php>. Acesso em: 21 abr. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Primeiros resultados do Projeto SBBrasil são anunciados pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.sbbrasil2010.org/>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/saude_familia.php>. Acesso em: 18 abr. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Decreto presidencial institui Universidade Aberta do SUS. In: **Notícias - Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://189.28.128.99/dab/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1165>. Acesso em: 01 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Histórico de Cobertura do PSF. **Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde Brasil - Março 2011**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z. **Comissões Intergestores Bipartites (CIB)**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=318&letra=C>. Acesso em: 21 abr. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Nota Técnica. Assunto: **Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: Janeiro de 2011 a Abril de 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Estado – Rio Grande do Sul. Competência: Janeiro de 2011 a Abril de 2011.

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

Acesso em: 02 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evolução do número de municípios com equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março de 2011.** Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sb_nro_municipio.jpg>.

Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Meta e evolução do número de equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a março 2011.** Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sb_meta_evolucao.jpg>.

Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Situação. Ações em Saúde. **Brasil Sorridente**

Cobertura Populacional até Março de 2011. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.

Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Situação. Ações em Saúde. **Brasil Sorridente - Número de Equipes de Saúde Bucal Implementadas até Março de 2011.** Disponível em:

<<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Situação. Ações em Saúde. **Brasil Sorridente -Número de Municípios Atendidos.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Situação. Ações em Saúde. **Centro de Especialidades**

Odontológicas – CEO - Número de CEO implantados até março de 2011. Disponível em:

<<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS passa a oferecer novos tratamentos odontológicos.**

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12502>. Acesso em: 03 maio 2011.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Escola Nacional de Administração Pública. **Estratégia de Saúde da Família conquista o 1º lugar no 15º**

Inovação. Disponível em:

<http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1379>. Acesso em: 02 maio 2011.

MORAIS, T. M. N. et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 18, n. 4, p. 412-417, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/16.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

ODONTOLOGIA.COM/EDITA COMUNICAÇÃO INTEGRADA. **Problemas odontológicos podem reduzir em 21% o rendimento do jogador**. In: DentalPress. Disponível em: <<http://www.dentalpress.com.br/v5/noticias.php?id=6278>>. Acesso em: 23 abr. 2011.

OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ensp. 2009. 404p. il.

OLIVEIRA, C. M., CASANOVA, A. O. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):929-936. 2009. Disponível em: <<http://moodleinstitucional.ufrgs.br/course/view.php?id=12936>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

RUA, M das G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 130p.:il.