MC 3023

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Governo de Minas Gerais

Lucy Fantaguzzi Dolabela Leal

A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NOS PROJETOS ESTRUTURADORES DE MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 2003 - 2009

BIBLIOTECA F.J.P.
70003023
NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

Belo Horizonte
2010

MC
3023

Lucy Fantaguzzi Dolabela Leal

A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NOS PROJETOS ESTRUTURADORES DE MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 2003 - 2009

Estudo realizado para obtenção do Título de Especialista em Gestão Pública pela Fundação João Pinheiro.
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Leite Lima

Sumário

PREFÁCIO 4

1.INTRODUÇÃO 6

2.HISTÓRICO 9

2.1 Desenvolvimento histórico da política de saúde bucal 13

3. A SAÚDE BUCAL EM MINAS GERAIS DE 2003 A 2009 22

3.1 O CHOQUE DE GESTÃO 22

3.2 A Saúde Bucal nos Projetos Estruturadores 25

3.2.1 Programa saúde em Casa 28

3.2.2Centros de Especialidades Odontológicas 34

3.2.3Programa Sorriso no Campo 36

4.CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS NA SOCIEDADE E NO SABER CIENTÍFICO 38

5. CONCLUSÃO 50

6. BIBLIOGRAFIA 58

BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

PREFÁCIO

"Somos 28 milhões de brasileiros (15,9% da população) que segundo os dados do IBGE, nunca foram ao dentista. Mais do que se pensa, saúde bucal está ligada ao bem estar e à qualidade de vida do indivíduo, interferindo na sua auto-estima e até nas oportunidades conquistadas ao longo da vida"(Jornal Estado De Minas 21/06/09)

Com a introdução em 2003 do novo modelo de administração pública, o CHOQUE DE GESTÃO, vislumbramos a possibilidade de dar um passo a frente na oferta de serviço odontológico público de qualidade aos cidadãos do Estado de Minas Gerais. Neste sentido, conduzimos nosso estudo na razão de, após 30 anos de dedicação à profissão dos quais 25 anos na prática da odontologia no estado, virmos buscar na FJP, nesta especialização, o aprendizado para tentar viabilizar a execução do serviço que o cidadão vem buscar e não estamos entregando, eliminando assim esta lacuna preocupante na saúde em nosso Estado. Para tanto precisamos das políticas públicas favoráveis à nossa missão. Nesta 2° geração do choque de gestão pautada mais para resultados vamos então identificar a presença da Saúde Bucal nos projetos estruturadores, avaliar o crescimento da entrega deste serviço ao cidadão mineiro e apurar os investimentos dirigidos ao serviço buscando estabelecer nosso benchmark.

Existe um aspecto limitante, no que diz respeito ao investimento nesta área, na crença existente de que a odontologia é cara. Hoje vários estudos mostram que o plano médico de saúde é feito sob precaução, ou seja, se a pessoa adoecer, se precisar, o tem. Ao contrário, o plano odontológico é feito sob necessidades já instaladas, não permitindo, portanto, carência de tempo para iniciar a cobertura. Nestas condições este se torna mais caro, pois o usuário não tem tempo de contribuição, para cobrir aquele investimento inicial do plano. Se fizéssemos o plano odontológico em caráter preventivo, o custo seria significativamente menor.

Apesar dos determinantes das doenças bucais serem bem conhecidos e de existirem métodos efetivos para sua prevenção, as doenças bucais são consideradas importantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência e impacto nos indivíduos e na sociedade.

Nós, odontólogos gestores, aspiramos a excelência na entrega do serviço odontológico público aos cidadãos, não só através da efetiva realização dos procedimentos necessários, como também na humanização desta ciência, colocando-a ao alcance de todos (inclusive de forma volante). Esta logística nos pareceu possível, principalmente em tempos de Choque de Gestão, de tantos projetos estruturadores, tempos de dar boas condições de trabalho, tempos de modelo inovador de gestão comprometido com resultados, tempos de melhoria do serviço público e capacitação dos gestores.

Esta inclusão social tão necessária é uma meta da classe odontológica pela população, que precisa quebrar o paradigma de que, problemas dentários não matam e não são, portanto, prioridade.

O que mata? É somente falta de assistência? Ou assistência incompleta?
O importante então seria morrer/viver? Ou a qualidade com que se vive?

1.INTRODUÇÃO

A boca é um órgão que, além de importante para a alimentação, está ligado fundamentalmente ao processo de socialização. Através da boca nos relacionamos com as pessoas e com o mundo, utilizando a fala, a aparência, o beijo, o prazer de saborear os alimentos e o sorriso. Além disso, problemas bucais influenciam na saúde geral, nos estudos, no trabalho, na vida social enfim na qualidade de vida. A falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal leva a exclusão social.

WOLF (1998) explica que a erupção dentária é uma etapa muito importante na organização psíquica dos indivíduos e por isso a sua perda pode implicar alterações com conseqüências para sua vida emocional. A autora chama a atenção para as experiências de cunho psíquico e para as experiências culturais mais específicas que fazem com que a boca, os dentes, o sorriso e a mordida sejam referências pessoais e critério de aceitação social. Ela relata que em nossa organização sociocultural, a aparência é muito valorizada e quando as pessoas não alcançam o padrão desejado pela sociedade, elas se tornam vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha.

Com relação à boa aparência, WOLF (1998) relata ainda que, ela é um facilitador para as trocas sociais, pois o indivíduo aprendeu a avaliar-se segundo a apreciação dos outros. A sua imagem conta mais que a experiência, a habilidade, os afetos e o caráter, uma vez que será julgado, pelo menos inicialmente, pela visibilidade exterior.

Por sua vez, a teoria de GOFFMAN (1988) relata que o indivíduo com uma desfiguração facial pode ser estigmatizado e, a partir daí, poderá experimentar, relativamente rápido, uma mudança na personalidade aparente e passará a evitar os contatos com as pessoas normais (comuns), auto-isolando-se, tornando-se desconfiado, deprimido, hostil, ansioso e confuso (considera-se neste trabalho que essa desfiguração inclui o fato da pessoa estar sem dentes). Essa mudança no comportamento pode ser explicada pelo receio de que seu defeito seja conhecido. Assim, fazem grandes esforços para passar despercebidos e começam a construir novas estratégias de adaptação.

BARBOTIN (1977) relata que acolher o outro significa aceitar sua fisionomia, assim como descartar um rosto é recusar a convivência com aquela pessoa. O primeiro olhar

das pessoas é sempre para o rosto. A sociedade espera que uma pessoa apareça para a outra mostrando correção na sua aparência, pois é através do seu exterior que ela exprime ou demonstra como ela própria se vê e quer ser vista. No caso da sua aparência não estar adequada, segundo as normas da sua cultura, pode não ser bem recebida, pois está ligado à identidade do indivíduo. A deformação desse rosto pode causar rejeição a essa pessoa e anular a atenção para os seus outros atributos.

O corpo cumpre uma função ideológica e pode-se reconhecer no corpo das pessoas um dos diversos indicadores da posição social. Nesse sentido, classificam-se as pessoas quanto à aparência, chegando, até mesmo, a habilitá-las ou não a determinados empregos (RODRIGUES, 1979). O autor explica que a beleza, vista sociologicamente, é, antes de tudo, o produto de uma atividade ordenadora e sistematizadora, a ponto de os indivíduos ficarem, de certa forma, moralmente obrigados a preservá-la. Não é difícil compreender, portanto, por que a aparência se torna critério importante na seleção de empregados que vão lidar com o público.

Sob um ponto de vista mais prático, saúde bucal deficiente significa ainda possibilidade de dor, infecção e conseqüentemente absenteísmo ao trabalho, a escola, a atividade diária da pessoa.

Revelando a realidade dessas teorias foram transcritos abaixo trechos de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas abertas, semi-estruturadas, com 20 pacientes atendidos no Centro de Saúde Boa Vista em Belo Horizonte, pertencente à Regional Leste:

> [...] a gente perde toda a beleza quando não tem dentes...a coisa mais importante são os dentes da gente, a boca da gente é uma alegria...todo mundo que fica sem dentes fica de certa maneira acanhado de conversar, falar e sorrir, a auto-estima fica lá embaixo...estou falando e sinto que estou assobiando pelos lados da boca [...].

Vários entrevistados revelaram ter problemas para conseguir trabalho por causa da falta de dentes anteriores: ... *"ficar sem dentes é duro, ainda mais na frente. Nem arrumar emprego a gente consegue."* Ou ainda, "*Eu trabalho de porteiro noturno e quando fui arrumar esse emprego só deixaram trabalhar à noite porque aí ninguém enxerga se eu tenho dente ou não."* Os problemas com os dentes anteriores também foram vistos como impedimento para uma boa recepção pelas outras pessoas:

> A boca é muito importante. É o cartão de visita da pessoa. (...) Para as pessoas terem boa impressão da gente é preciso ter os dentes bem cuidados..." E ainda: "...A pessoa é bem recebida se está com a boca legal. Quando está com cárie já fica aquele receio até de tomar no seu copo..." (VARGAS E PAIXÃO, 2005).

Saúde bucal é literariamente definida como um conjunto de condições biológicas e psicológicas que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (Biblioteca Virtual em Saúde, acesso em 02/03/2010).

Diante do exposto o objetivo geral deste trabalho é analisar a política de saúde bucal do estado de Minas Gerais de 2003 a 2009. Os objetivos específicos são:

a) Analisar as alterações ocorridas no fomento à saúde bucal em Minas Gerais através dos projetos Estruturadores, Associados e Especiais da área Vida Saudável;
b) Verificar se esta política está alinhada com o saber científico da área.

Para tanto faremos uma revisão bibliográfica da evolução (histórico) da prática sanitária em nosso país (que espelha as tendências na prestação do serviço de saúde bucal) e da cobertura oferecida antes de 2003. Estudaremos o planejamento desenvolvido hoje nos Projetos Estruturadores. Estudaremos ainda a conscientização da importância da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas expressa nestes planejamentos e a sintonia entre esta Política e a ciência, no Choque de Gestão. Assim poderemos perceber as diretrizes traçadas pelo poder público para a área em nosso Estado.

A Política de Saúde Bucal é um programa do Governo de Minas que busca promover e reorganizar a Atenção em Saúde Bucal no Estado.

Enquanto realizamos este trabalho, aguardamos a publicação dos dados da Pesquisa SB Brasil 2010 do Governo Federal, quando poderemos medir a variação dos índices comparando-os aos resultados do SB Brasil 2003 já disponibilizados, aferindo as tendências atuais em relação aos novos dados.

2.HISTÓRICO

"A articulação entre a definição do problema, a definição das alternativas e o processo político é frutífera para explicar inovações nas políticas públicas, mas seu entrecruzamento precisa ser identificado a partir do estabelecimento dos nexos históricos, de forma a entender os atores políticos tanto como objetos quanto como sujeitos. Nesse último caso, são as idéias que dão o substrato à ação coletiva e ampliar a compreensão das inovações requer examinar o processo sociopolítico pelo qual coalizões ou redes específicas são formadas" (MENICUCCI & BRASIL, 2006).

A boca faz parte do corpo e funciona em sintonia com ele. Por conseguinte a saúde bucal faz parte da saúde geral e tem nas práticas sanitárias gerais sua referência. Para compreender a saúde bucal existente hoje em nosso estado, é necessário estudar tanto a evolução das políticas sanitárias no Brasil, quanto a influência dos Estados Unidos no planejamento das ações de odontologia. A saúde bucal encontra-se diretamente ligada à história das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira.

As tendências norte-americanas de gestão deste serviço influenciaram nossas políticas sanitárias na medida em que os Estados Unidos consolidou-se como potência no início do século XX. Como conseqüência houve o deslocamento da referência dos padrões médico assistenciais dos países europeus, para os padrões da América do Norte. Esta lógica privilegiava o "indivíduo" como objeto de prática e responsável pela saúde, além de influenciar a entrada da odontologia nas escolas. Entendia-se que cada um estaria responsável por sua saúde e que o Estado nada deveria ou poderia fazer a respeito.

Até 1930, no Brasil, as ações governamentais voltadas para as áreas sociais eram fragmentadas e pontuais. A política de saúde compreendia, basicamente, o combate a grandes endemias e o saneamento dos portos. A assistência médica era oferecida por estabelecimentos filantrópicos e as ações de saúde pública eram desenvolvidas pelos governos locais. No entanto, neste período, são criados e implementados serviços e programas de saúde no nível federal, como as "campanhas sanitárias". Destinadas ao combate de epidemias urbanas e rurais, as campanhas sanitárias se caracterizavam pela

concentração de decisões no governo federal e pelo estilo repressivo de intervenção médica (LIMA, 2005).

As práticas sanitárias visavam, ainda, ao controle do conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades no espaço da cidade e do campo. Seu objetivo, ao contrário de proteger a totalidade dos habitantes do país ou recuperar a saúde dos homens, foi, basicamente, utilitário, sendo definido por interesses de grupos dominantes (COSTA, 1986). A saúde pública, ficava à serviço do combate aos problemas que certas enfermidades antepunham ao desenvolvimento da produção.

O período de 1930 a 1945 constitui o início da previdência social brasileira, em que prevalece a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais (MENDES, 1994). Esta organização política oferecia atenção somente a grupos restritos de trabalhadores, excluindo o restante da população. Entretanto com o desenvolvimento industrial intensificado após a 2° guerra, houve um deslocamento do pólo produtivo da economia para os centros urbanos, o que gerou um contingente operário que deveria ser atendido pelo sistema de saúde. Os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensão) foram unificados e substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, para atender a nova realidade. A hegemonia deste modelo médico-assistencial - caracterizado pela prática curativa, individual e "hospitalocêntrica", resultou no financiamento pelo Estado do setor privado nacional que oferecia a parte médica; e do setor privado internacional, que oferecia equipamentos. Isto ampliou e agravou a prática da saúde excludente, com a expansão do sistema de saúde acompanhada da exclusão de indivíduos, que não se enquadravam nas categorias beneficiadas.

Com este problema, em 1978, ficou evidente a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo, para os contingentes populacionais não contemplados pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Neste cenário se difunde a proposta internacional dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que reafirmou a saúde como direito do homem, reconhecendo sua determinação intersetorial e estabelecendo a atenção

primária como estratégia para se conseguir a Saúde Para Todos - 2000 (PAIM & ALMEIDA, 1998).

O relatório final da Conferência Nacional de Saúde, em 1986, expressava este novo modelo que guiou a luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Essa se conformou numa *policy community* com significativo poder de influência durante a redemocratização do país, conseguindo imprimir seu projeto de sistema de saúde na Carta Constitucional. Com a Constituição de 1988, houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde através da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova formulação política e administrativa para a organização dos serviços e das ações de saúde estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, eqüidade e integralidade (LUZ, 1991).

No Art. 198, a Constituição estabelece que "as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade."

O artigo 200 da Constituição atribuiu as seguintes competências ao SUS:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Assim, para dar conta da *promoção, proteção e recuperação* da saúde, referida no Art. 196 da Constituição, o Congresso Nacional aprovou, em 19 de setembro de 1990, a Lei Federal n° 8080, conhecida como "Lei Orgânica da Saúde". Esta regulou em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual.

À luz destas diversas experiências, mudanças e inovações nos aspectos de gestão, organização e financiamento dos serviços de saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro destacam-se as ações voltadas para a construção de um eixo articulador que fortaleça a capacidade de equacionar problemas comuns e aproxime a população das definições efetivas de melhoria de sua qualidade de vida (FELIPE, 2006). Estas diretrizes definiram um conceito ampliado de saúde e apontaram para as estratégias de organização e controle das ações e dos serviços de saúde, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que eram considerados determinantes do estado de saúde da população. Constituíram, ainda, o arcabouço legal de sustentação do SUS, significando, em última análise, a responsabilização do Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela atenção à saúde da população, objetivando a descentralização, a regionalização e a hierarquização (WERNECK, 1994).

Reconstruir ou reformar uma estrutura sanitária, um modelo de serviço, não é tarefa fácil em qualquer espaço político-social, especialmente no Brasil (CECÍLIO, 1994). Entretanto, historicamente, movimentos de transformação das práticas sanitárias acontecem em decorrência da forma como o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população.

Dessa forma, o campo da saúde molda-se aos contextos sócio-político-culturais de cada época (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998). Neste contexto, em Minas Gerais, foi escrito em 1999, o PMDI 2000-2003, que trazia impressa as diretrizes para o desenvolvimento do Estado de Minas Gerais, com parâmetros de ação governamental definidos, mas que deveriam ser, entretanto, debatidos com a população e desdobrados em programas e projetos. Este PMDI coloca Minas Gerais em direção contrária a concentração de poder econômico, social e político. Propõe um governo aberto ao controle público e com ampla participação dos cidadãos. Propõe ainda o planejamento do desenvolvimento sustentável tendo como objetivo central a elevação da qualidade de

vida e a busca da equidade social; como pré-requisito e condição necessária, a eficiência econômica, o equilíbrio macroeconômico e o crescimento, sem os quais não é possível elevar a qualidade de vida com equidade; como condicionante decisivo, a conservação ambiental, que assegura sua manutenção a longo prazo e a continuidade no tempo e no espaço, tendo em vista também a geração futura. (PMDI: Uma Estratégia para o Desenvolvimento Sustentável, 1999)

2.1 Desenvolvimento histórico da política de saúde bucal

Inserido no contexto geral das políticas públicas, o subsetor da saúde bucal viveu um processo de institucionalização e um estágio de participação na arena política semelhantes àqueles pelos quais passou a medicina. Por isso, tem refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas na arena política.

No que se refere a política de saúde bucal segundo Vasconcellos (1984), foi em São Paulo que o campo começou a se institucionalizar. A Lei n. 1.280, de 19/12/1911, que reorganiza o serviço sanitário da Força Pública do Estado de São Paulo, criou os três primeiros cargos de cirurgião-dentista na administração pública paulista. Com isso, iniciou-se o atendimento odontológico público ao efetivo da então Força Pública e aos cidadãos sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Em 1929, profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior, então responsável pelas atividades ligadas à educação e à saúde no Estado. Em 6 de setembro de 1930, no governo de Antônio Carlos Ribeiro de Andrada em Minas Gerais, foi promulgada a Lei 1.147, que criou a Secretaria de Educação e Saúde Pública. Em 1932, após a criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública Paulista, instituiu-se a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário para "atender a população de escolares da rede pública estadual". Em 4 de junho de 1948, o Governador de Minas Gerais Milton Campos (1947 —1951), sancionou a Lei 152, que separou a educação da saúde. Surgia, então, a Secretaria de Saúde e Assistência. VASCONCELLOS (1984) registrou também que com a criação da secretaria estadual de saúde paulista, em 1947, instituiu-

BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

se a recomendação de que os centros de saúde contassem com um "Serviço de Higiene Buco-Dentária". Desde então, sucessivos arranjos institucionais marcaram a organização da assistência odontológica pública, tanto em São Paulo como em outras unidades federativas.

Deste modo, mesmo depois de separar a educação da saúde, a Odontologia Pública se concretizava, no espaço escolar. Porém o atendimento odontológico escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão (WERNECK, 1994). Tal cenário sofreu profunda modificação quando, em 1952, o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública implementou os primeiros programas de odontologia sanitária, inicialmente em Aimorés, MG, e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil. O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do país, mais uma vez de forma excludente, pois praticamente somente as crianças freqüentes na escola tinham acesso ao serviço público de saúde bucal. Mais uma vez elegia-se somente uma parcela da população para receber tratamento dentário, os escolares.

A publicação do "Manual de odontologia sanitária", em 1960 por MÁRIO CHAVES, marcou sobremaneira a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no país, influenciou várias gerações, e estendeu sua influência por toda a América Latina. Mas, apesar dos profissionais daquela época buscassem desenvolver ações educativas, sua prática clínica reproduzia, ainda, essencialmente, seu trabalho nos consultórios particulares. A abordagem era individual e não havia nenhuma política voltada a realização de um diagnóstico da situação em termos populacionais e, não era utilizada qualquer tecnologia de programação resultante de processos de planejamento que considerassem a saúde bucal da população como um todo. Neste sentido, a publicação do manual por CHAVES chamou a atenção para a prática da odontologia voltada para a comunidade. Segundo este autor, a odontologia sanitária "é a

disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral (....) da comunidade", sendo esta entendida como

> "uma cidade ou parte dela, um estado, região, país ou grupo de países (....). Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa geograficamente e maior a população (....). A idéia de que odontologia sanitária é 'prevenção' ou de que é 'assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo', [grifos no original] não tem razão de ser. Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral."

Devido a distorções no emprego do método, a odontologia sanitária viu-se reduzida aos programas odontológicos escolares. Reproduzida acriticamente e em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico tornando-se ineficaz. A atenção à saúde bucal voltada predominantemente aos escolares de ensino fundamental permitiu que o sistema incremental, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, fosse aplicado durante quatro décadas, repetindo a prática de dar somente atendimento de urgência aos adultos, não estendendo a prática preventiva aos mesmos.

Essa conformação institucional, de privilegiar a promoção da saúde oral em escolas em detrimento da comunidade, gerou vários movimentos mobilizados por profissionais da área, comprometidos com a mudança do modelo vigente. Isso pôde ser percebido quando, com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 e para as prefeituras e as assembléias legislativas em 1988, dentistas comprometidos com a nova realidade proposta para a área da saúde conseguem se inserir nas coordenações municipais e estaduais desse novo contexto político (SERRA, 1998). Os resultados desse processo estão presentes em todo o território nacional, reforçando que a decisão de ampliar o acesso, a qualidade e propiciar a integralidade dos serviços de saúde bucal são o caminho correto para a redução da desigualdade no país (JÚNIOR, 2006).

No período que se seguiu a Reforma Sanitária Brasileira, podemos destacar algumas ações que representam aplicações práticas de trabalhos de linha mais universal. A primeira dessas linhas refere-se à programação centrada em unidades básicas de saúde. A segunda linha, usada inclusive em Belo Horizonte, foi o Programa de Inversão cuja centralização desloca-se da atenção curativa clássica para a atenção curativa adequadora, que busca a estabilização do meio bucal através da criação de precondições biológicas e dos métodos preventivos conjugados, aumentando a eficácia do programa.

A terceira linha foi a programação com ênfase promocional na tentativa de inserir a Saúde Bucal Coletiva nos Programas de Saúde da Família. A quarta linha diz respeito aos programas de vigilância da qualidade da fluoretação das águas de abastecimento público.

Assim nos anos 90, o espaço escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar. Nesta seqüencia o período pós 1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde. Essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde (SOUSA, 2000) e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica.

Procurando atender as demandas da sociedade civil, principalmente a ampliação da atenção básica, e em resposta aos movimentos reformistas da atenção em saúde bucal, o governo federal desenvolveu indicadores para a área e fez medições nos anos de 1986, 1996 e 2003. Os dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2003 apontam a perda dentária como um grave problema. Tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, cerca de 85% da população adulta e quase 99% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. Especificamente com relação ao uso e necessidade de prótese total, mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada. Destes, mais de 15% necessitam de pelo menos uma dentadura. Entre os idosos os dados são ainda mais preocupantes. Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional. Destes, mais de 36% necessitam de pelo menos uma prótese total. Estima-se que 8 milhões de pessoas precisam de prótese dentária no país. É fato que nas últimas décadas, houve uma expressiva melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros. No primeiro levantamento nacional sobre saúde bucal, realizado em 1986, comprovaram-se elevados índices de CPO-D (índice que mede o número médio de

dental e pasta dental fluoretada acomodados em envelope plástico personalizado pelo programa.

FOTO 1 - Kit de escovação distribuído pelo Brasil Sorridente.

Alinhado ao Brasil Sorridente foi lançado em 05 de Setembro de 2005 e instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 em parceria com o Ministério da Educação, como proposição de uma política intersetorial, o Programa Saúde na Escola (PSE) que atenderá 26 milhões de estudantes em todo o País até 2011. Conforme o Decreto Presidencial, as diretrizes e objetivos do PSE evidenciam que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde. Visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria na qualidade de vida da população brasileira, fortalecimento da relação entre estas duas redes públicas e participação da comunidade escolar em programas e projetos comuns. A perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica) e na educação de jovens e adultos (EJA), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

O sistema de ensino do Brasil tem mais de sete milhões de crianças matriculadas na Educação Infantil. No Ensino Fundamental ultrapassam a casa dos 33 milhões. Já no Ensino Médio, são atendidos mais de 8 milhões de adolescentes e jovens, enquanto a Educação Profissional beneficia cerca de 750 mil jovens e adultos. Além disso, mais 5,6 milhões de cidadãos são atendidos na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Esses dados demonstram que a rede pública de ensino é responsável pelo atendimento, na educação básica, por 26% da população brasileira. Esta abrangência e cobertura são inegáveis ferramentas na melhora da prestação do serviço conforme ilustrado na Foto 2.

Foto 2 – Escolares exibindo os kits recém adquiridos após palestra de prevenção.

O Programa Saúde na Escola se consolida por meio da adesão dos municípios que têm implantadas equipes do Programa Saúde da Família (outro projeto federal que explicaremos mais adiante), conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal. O sucesso desse Programa se funda justamente no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação. Em Belo Horizonte a parceria entre as Secretarias Municipais de Educação e Saúde garante o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola.

Considerando que cada lugar tem suas características e sua cultura, as práticas do Saúde na Escola devem garantir construções compartilhadas de saberes, apoiadas nas histórias individuais e coletivas, devem considerar os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando o saber popular e o formal, na construção de propostas que façam sentido para os sujeitos que ali vivem. Para isto, é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do PSE, uma vez que as ações inovadoras de saúde na educação, deverão progressivamente, ser incorporadas no Plano Político Pedagógico da escola, conforme Portaria 1861.

Os Programas Brasil Sorridente e Saúde na Escola fortaleceram outro programa de saúde bucal do governo federal que é o Estratégia Saúde da Família ou Programa Saúde da Família. Esta iniciativa vem tentar quebrar o paradigma do atendimento excludente pois vai até a comunidade, até o domicílio dos cidadãos prestar o serviço. Para tanto conta com 27.324 equipes de profissionais da saúde em todo país em 5.125 municípios. As equipes trabalham de modo interdisciplinar em um território adscrito, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde, às ações de promoção da saúde, quando se mobiliza e potencializa os recursos da comunidade para resolver os problemas vivenciados pela mesma. O Brasil atingiu a marca de 10 mil equipes de saúde bucal inseridas nas equipes de saúde do PSF atendendo a população. Atualmente cerca de 100 milhões de brasileiros são acompanhados pelo PSF. Atualmente ao todo, já estão credenciados ao programa 608 municípios prioritários – aqueles que têm baixo índice no IDEB (Índice de Desenvolvimento Básico). Para eles, o Ministério da Saúde repassou R$ 36,4 milhões para a implementação da estratégia. O objetivo é atingir 1.823 municípios prioritários.

Além dos programas já citados ressaltamos que Ministério da Saúde comemorou, em 2003, 50 anos de fluoretação da água de consumo público no Brasil. A prática desse importante meio de prevenção da cárie dental teve início em 31 de outubro de 1953, na cidade de Baixo Guandu, no Espírito Santo e vem se consolidando como importante meio de prevenção de lesões em superfícies lisas de esmalte. Vale lembrar ainda que o Ministério da Saúde retomou o projeto Saúde Bucal – Século 21 (SB BRASIL 2010), que traçará um diagnóstico completo do país junto aos mais de 170 milhões de brasileiros semelhante aos executados em 1986, 1996 e em 2003, porém com novos indicadores e métodos de coleta de dados. Desde o início de maio/2009, cerca de 1,5 mil

técnicos do ministério têm se dedicado a coletar os dados que nortearão as ações para melhorar as condições da saúde bucal da população.

Apontada para o princípio constitucional da intersetorialidade, sistematização e difusão entre os interessados em saúde pública podemos citar como exemplo nas Américas a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que vem potencializar esforços dirigidos à melhoria do acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades trabalhando plenamente no apoio às políticas e aos esforços internacionais para melhorar a qualidade de vida da população. Neste sentido, a OPAS vem acompanhando as iniciativas brasileiras de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade, que permitam mudanças no nível de saúde bucal de sua população, com reflexos positivos em sua saúde geral. É sumamente destacável o avanço deste setor em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços no país, no fortalecimento de iniciativas de melhoria dos sistemas e dos serviços de saúde bucal não só no Brasil, mas nos demais países das Américas, reafirma o Representante da OPAS no Brasil Horácio Toro Ocampo (2006).

3. A SAÚDE BUCAL EM MINAS GERAIS DE 2003 A 2009

Para entender a configuração da política de saúde bucal em Minas Gerais no período 2003-2009 devemos descrever a reforma administrativa empreendida no governo do estado de Minas Gerais. Assim, neste capítulo apresentaremos o Choque de Gestão, para em seguida tratar da forma como a saúde bucal foi inserida no projetos estruturadores.

3.1 O CHOQUE DE GESTÃO

> *A expressão "Choque de Gestão" significa: plano de desenvolvimento para o Estado de Minas Gerais e plano de superação da crise de gestão do governo estadual mineiro.*

O Choque de Gestão é uma política de governo proposta por Aécio Neves durante o seu mandato como governador do Estado brasileiro de Minas Gerais que visa, primariamente, a promoção do desenvolvimento mediante a reversão de quadros de déficits orçamentários (através, inclusive, num primeiro momento, da redução de despesas), da reorganização e modernização do aparato institucional do Estado e da busca e implementação de novos modelos de gestão. No âmbito do Choque de Gestão, medidas emergenciais foram tomadas, fundamentalmente de caráter estruturador e operacional, que visaram a redução imediata de custos e a efetivação de um novo desenho institucional mais moderno e dinâmico. As Secretarias de Estado, cujo número era de 21, foram reduzidas para 15, com a fusão de secretarias que possuíam interseções em suas atribuições. Especificamente, neste processo, ocorreram a fusão das funções de Planejamento e Coordenação Geral com as de Recursos Humanos e Administração, dando origem a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) e a um novo modelo que foi replicado nos diversos órgãos do Estado, consubstanciado na formação de uma base comum na estrutura meio, capaz de integrar planejamento, gestão e finanças à mesma unidade administrativa. Além disto, houve a concreta diminuição das

despesas contratuais com locação, fornecimento de água, luz e telefone, além daquelas originadas da expressiva extinção de cargos comissionados (cerca de 20%). De 2003 à 2006 destinou-se exclusivamente ao ajuste fiscal (déficit zero) e a organização do governo. O equilíbrio fiscal, não serviu apenas para exibir contas que fecham, mas, sobretudo, para aplainar o terreno para que o Estado possa cumprir melhor seu papel: o de atender às demandas sociais e criar condições para a prosperidade da população (MARQUES et al, 2009).

> "A médio e longo prazo, o projeto contempla a gestão para obtenção de resultados baseados na qualidade e na produtividade, mediante critérios de incentivos que induzam o maior comprometimento dos atores responsáveis. Por outro lado, ele também prevê o investimento na capacitação do servidor público do Estado e a adoção de novos modelos de parcerias público-privadas que possibilitem a oferta de melhores serviços aos cidadãos. Em 2007 teve início este ciclo, denominado segunda geração do Choque de Gestão objetivando a consolidação do equilíbrio fiscal e a promoção da cultura de Estado para Resultados, que traduz um estado capaz de executar o planejamento estratégico de forma efetiva e eficaz, harmonizando os gastos públicos com os resultados esperados. O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) foi elaborado com o objetivo de promover o desenvolvimento socioeconômico integrado do Estado; a racionalização e a coordenação das ações do governo; o incremento das atividades produtivas; a expansão social do mercado consumidor; a superação das desigualdades sociais e regionais; a expansão do mercado de trabalho; o desenvolvimento dos Municípios de escassas condições de propulsão socioeconômica e o desenvolvimento tecnológico do Estado".(ANASTASIA, 2009)

A revisão do PMDI foi elaborada a partir de diagnóstico sucinto da evolução do Estado nas diferentes áreas contempladas pelo plano. Esse diagnóstico foi redigido por membros de grupo de trabalho formado na Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Seplag), incluindo pesquisadores da Fundação João Pinheiro, técnicos de órgãos da administração estadual e consultores externos. O objetivo é disponibilizar ao formulador de políticas públicas as informações mais relevantes para o planejamento e a tomada de decisão nas áreas respectivas. O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) foi criado pela Lei 15.032, de 2004, e atualizado pela Lei 17.007, de 2007. Essas leis trazem as diretrizes do plano e o Anexo I da Lei 17.007 apresenta o detalhamento de seu conteúdo.

O PMDI contém as metas, as grandes escolhas do segundo mandato, num sistema de planejamento estratégico. Foram definidas onze áreas de resultados e uma meta prioritária para cada uma delas sustentadas pelos pilares da qualidade fiscal e da qualidade e inovação em gestão pública. Seis estratégias setoriais formam o núcleo

desencadeador do processo de transformação e os resultados apontam para os destinatários das políticas públicas. Esta reforma introduziu portanto, processos de metas e avaliações no serviço público de Minas.

Diagrama 1 - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI)

Conforme observa-se no diagrama 1 acima cada área de resultado está organizada por:

- -Projetos Estruturadores, que representam as escolhas estratégicas do governo, dos quais se esperam os maiores impactos da ação do governo estadual e aos quais os recursos estaduais são alocados com prioridade;
- -Programas Associados, são os que mantêm colaboração sinérgica com os anteriores viabilizando visão de futuro e alcance dos objetivos estratégicos do plano; e
- -Programas Especiais que contemplam ações setoriais complementares as ações dos estruturadores e dos associados. Todos esses em conjunto compõe a carteira de projetos.

Portanto o Choque de Gestão é uma política implantada num momento crucial da economia do Estado que estruturou e direcionou recursos, disponibilizando

importantes ferramentas aos gestores públicos, permitindo no mínimo a movimentação para mudar as realidades sociais.

3.2 A Saúde Bucal nos Projetos Estruturadores

Alinhadas as diretrizes do modelo contemporâneo de saúde já descrito, as estratégias setoriais posicionaram as ações no âmbito da saúde em várias Áreas de Resultado. Entretanto essas ações concentram-se mais fortemente na área do mapa denominada VIDA SAUDÁVEL. Para ter vida saudável é necessário a inclusão da saúde bucal nas políticas de saúde geral.

A principal mudança promovida na atuação do Estado na área de saúde baseia-se no conceito holístico do trabalho em rede, que é uma filosofia introduzida pelo SUS. A Superintendência de Atenção à Saúde – SAS pode ser conceituada como a área mais finalística da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde reside boa parte do conhecimento técnico da Secretaria. É a área que tem a responsabilidade de conduzir a implantação do modelo das redes de atenção à saúde e na qual está alocada a maioria dos projetos estruturadores do estado.

A fim de alinhar a estrutura da Superintendência ao modelo de atuação em redes proposto pelo SUS, foi pensada uma organização mais matricial e funcionando de maneira mais otimizada. Para tanto houve a criação das gerências de Atenção Primária, de Redes Temáticas e de Sistemas de Apoio e Logística – completamente alinhadas com os componentes da rede de atenção à saúde. As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. Este trabalho em redes normalmente envolve iniciativas nos três níveis de governo. As Redes de Atenção à Saúde combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados. O centro de comunicação das redes de atenção à saúde está localizado na atenção primária que funciona como elemento de ordenamento

dos fluxos de pessoas, produtos e informações. Este modelo preconiza em relação a população total, uma atuação sobre os determinantes sociais da saúde, por meio de intervenções de promoção da saúde, especialmente de natureza intersetorial aferindo a atualidade dos achados de NARVAI (1992) há quase duas décadas, onde afirma:

"Para desenvolver ações visando a melhoria da saúde bucal da população, devem-se organizar ações de assistência odontológica e atenção à saúde bucal." Segundo o autor, "a assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não", já

> "a atenção à saúde bucal é constituída pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa, etc.). Vale enfatizar que, com os sentidos aqui propostos, a assistência limita-se ao campo odontológico. A atenção à saúde bucal implica, por outro lado, atuar concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal. Isso exige da atenção uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da odontologia, mas do próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e a coordenação de ações multissetoriais, isto é, ações desenvolvidas no conjunto da sociedade (saneamento, educação, emprego etc.)" (Narvai, 1992).

O modelo de atenção das redes de saúde que está sendo implantado no Estado de Minas Gerais tem seu planejamento representado graficamente no diagrama 2 a seguir.

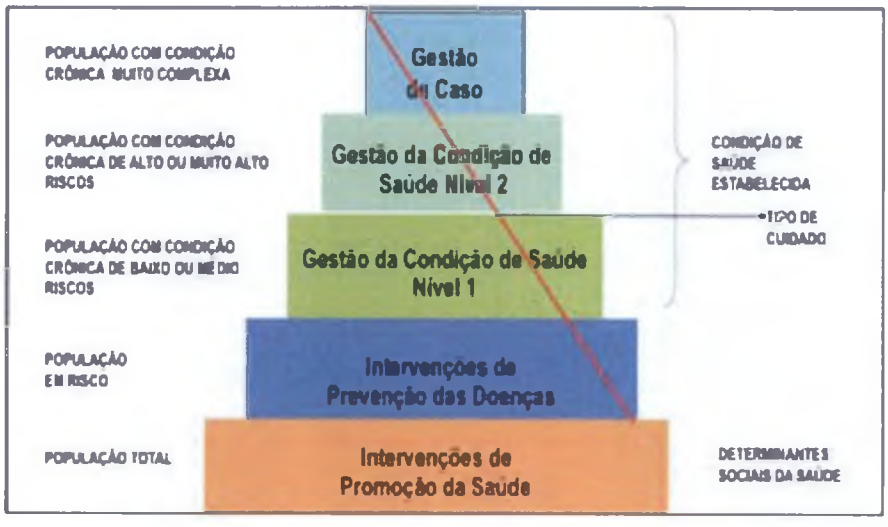


Diagrama 2 - Modelo de atenção às condições crônicas de saúde (Mendes,2007).

Com o estabelecimento de uma Política de Saúde Bucal consistente e coerente com os princípios organizativos do SUS desponta a necessidade de considerar a relação com a sociedade civil organizada, evidenciando desta forma novos desafios, o que inclui a aproximação da clínica odontológica com as outras clínicas de saúde, também leituras consistentes da cultura e das redes intersubjetivas. Tendo como base o conceito do cuidado, que corresponde a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida, a Atenção em Saúde Bucal está sendo redimensionada para que possa prestar serviços de maneira integral, onde as ações de proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação da saúde sejam disponibilizadas simultaneamente, de forma individual e coletiva, de modo a promover saúde sem deixar de satisfazer as necessidades existentes. Para que isso seja possível, a Coordenação Estadual de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde tem estimulado a construção de políticas públicas que abordam, além dos fatores de risco (ou de proteção) para doenças da cavidade bucal, temas como alimentação saudável e eliminação do tabagismo, por exemplo, que são problemas que afetam diretamente a saúde das pessoas e precisam de atenção especial. Buscando alcançar o propósito de tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver, alcançando portanto a "VIDA SAUDÁVEL" e seguindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, estão sendo desenvolvidos os seguintes programas que visam a promoção à saúde bucal:

- **Inserção de Profissionais de Saúde Bucal nas Equipes da Estratégia Saúde da Família – Programa Saúde em Casa**
- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**
- **Sorriso no Campo**

Estes são programas oficiais com metodologia impressa e legislação atuante que garantem sua implantação com transparência e planejamento, mas deve-se ressaltar que existem outras iniciativas pontuais, filantrópicas de promoção da saúde bucal em nosso estado apoiadas em parcerias com entidades como SESC e ROTARY CLUB, talvez remanescentes da filosofia anterior de trabalho. Acusamos ainda a presença do IPSEMG que mantém atendimento médico/odontológico aos servidores do Estado. Porém para efeito de nosso estudo consideraremos somente os programas oficiais e não excludentes.

3.2.1 Programa saúde em Casa

O Saúde em Casa é um programa de saúde do governo do estado de Minas Gerais. Foi lançado em abril de 2005 com o objetivo de ampliar e fortalecer o Programa Saúde da Família (PSF) do governo federal, estruturado a partir de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em higiene dental, auxiliares de consultório dentário, técnicos de laboratório de análises clínicas, etc) que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias. É portanto um programa que integra as várias clínicas de saúde e tem por isso suas principais metas direcionadas aos problemas mais graves. Pretende portanto reduzir o número de internações hospitalares, reduzir a mortalidade materna e infantil e aumentar a cobertura vacinal de 95% da população infantil, realizando os cuidados com a cavidade oral paralelamente.

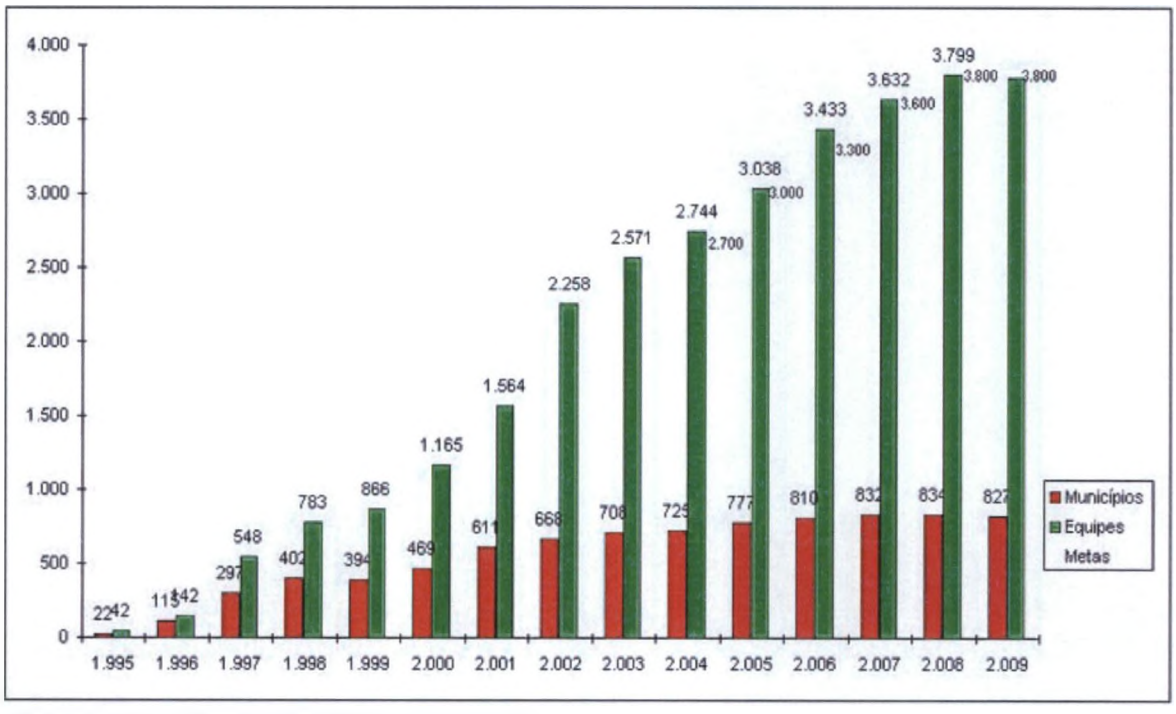
Como base para o desenvolvimento do Programa Saúde em Casa, foram lançadas as linhas-guias Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e Atenção Hospitalar ao Neonato. Em 2006, como reconhecimento da saúde bucal como condição para alcançar o Vida Saudável, foi criada linha guia específica. Além dessa, foram apresentadas as linhas-guias Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabete, Tuberculose, Hanseníase e Hiv/aids), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e os manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família. Esse conjunto de diretrizes norteará a reorganização dos serviços e a construção da rede integrada segundo palavras do DR. MARCELO GOUVÊA TEIXEIRA, Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006).

A prioridade do Saúde em Casa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças e o Programa Saúde da Família é um importante aliado na concretização das metas estabelecidas pelo governo do Estado para garantir mais saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

O projeto chama a atenção de toda categoria profissional para a complexidade e as particularidades da saúde bucal em Minas Gerais. Coloca possibilidades de organização da atenção em saúde bucal de forma a incentivar e capacitar os municípios a discutir sua realidade local, e a importância de planejar, e avaliar suas ações. A aplicação dessas diretrizes deverá passar por uma discussão local, de forma a adaptá-las às diferentes realidades, num processo que pode representar um passo significativo para o

fortalecimento da autonomia dos municípios na condução dos seus serviços de saúde, a partir de um maior entendimento de suas necessidades, e de como atuar de modo a oferecer uma atenção que vá ao encontro das metas, superando e avançando além da própria Linha-guia do programa. Visa a melhoria das condições de saúde bucal da população de nosso estado por meio da formação de uma rede integral de atenção centrada no avanço da organização da atenção primária. O Gráfico 1 a seguir mostra esquematicamente a evolução da adesão ao programa.

Nº de Municípios que aderiram ao Programa Saúde da Família
Minas Gerais – 1995 a 2009



FONTE - SES/SAS/PSF/ICMS/FEVEREIRO/09

GRÁFICO 1

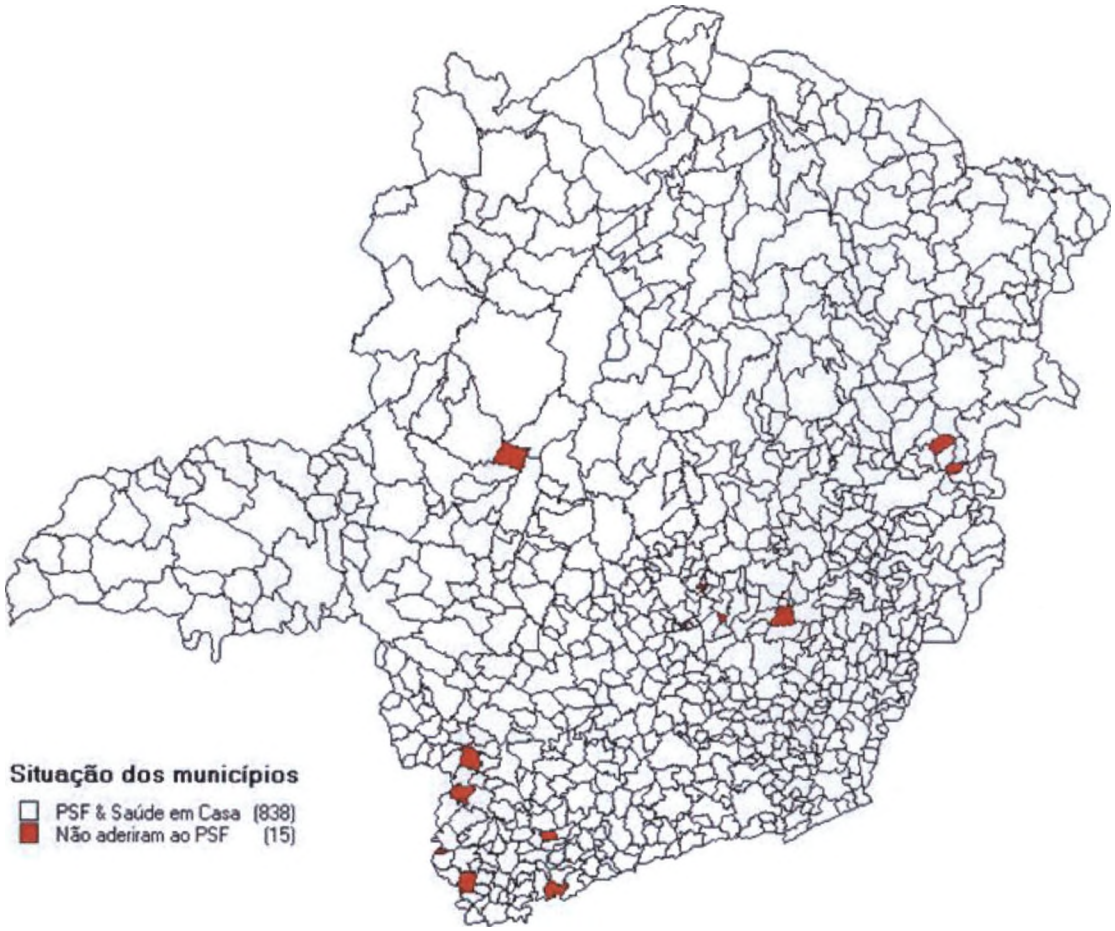
O programa almeja ainda, além da possibilidade de avançar na qualificação da saúde bucal na atenção primária, que os profissionais possam também entender a importância do seu trabalho no grande contexto da melhoria da saúde bucal em Minas Gerais. As diretrizes propostas podem ser trabalhadas em qualquer município que se proponha a organizar sua atenção primária em saúde bucal, independente da estratégia adotada, uma vez que os princípios básicos norteadores de sua elaboração são os do SUS, da Atenção Primária e da Promoção à Saúde, conforme definido no Manual da Atenção Primária,

elaborado pela SES/MG (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais), o qual contém a base conceitual para a elaboração da Linha-guia de Saúde Bucal. Pelo fato de ser o Programa Saúde da Família (PSF) a estratégia sugerida para a organização da atenção primária em nível federal e também por nosso estado, o Programa Saúde em Casa desenvolve as possibilidades de atuação dentro desta proposta a qual representa um resgate dentro dos mesmos princípios.

Os processos de elaboração e validação deste programa foram realizados pela Coordenação de Saúde Bucal/MG de forma interinstitucional, num processo de construção conjunta com o Conselho Regional de Odontologia (CRO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Secretaria de Estado da Saúde (SES), e outras entidades, pela construção da saúde bucal no SUS em Minas Gerais. Esta Linha-guia trabalha dentro dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, regionalização, controle social) e de suas normalizações, das diretrizes acrescidas pela Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 648/GM (qualificação, resolubilidade, territorialização, planejamento, vigilância à saúde, trabalho interdisciplinar, monitoramento, criação de vínculo, responsabilização e educação continuada), dos princípios da Promoção à Saúde (educação em saúde, intersetorialidade, desenvolvimento comunitário, construção de políticas saudáveis), e considerando o enfoque da organização da atenção em saúde a partir dos princípios da Atenção Primária (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, enfoque comunitário e abordagem familiar).

O enfoque na Atenção Primária significa que a lógica do serviço é feita a partir da organização desse nível de atenção, sendo ele o responsável pela resolução da grande maioria dos problemas de saúde bucal que afetam a população, principalmente pela sua possibilidade de atuação no ambiente em que acontece o processo saúde-doença. Nesse sentido, a resolubilidade da atenção primária deverá ser buscada, fazendo-se apenas os encaminhamentos necessários para a atenção especializada. A Atenção Primária deve ainda ser a porta de entrada do sistema, fazendo as referências necessárias, acompanhando o atendimento do usuário em outros níveis de atenção, e sendo responsável pelo cuidado após o seu retorno da atenção especializada.

O Mapa 1 na próxima página mostra localização e o pequeno número de municípios que não aderiram ao Programa Saúde da Família aferindo a aceitação do mesmo pela sociedade civil e gestores.



A abordagem familiar que o programa prevê é extremamente importante, pois os hábitos têm um contexto familiar muito significativo, e, em muitos casos, é mais fácil trabalhar hábitos saudáveis no nível da família do que de forma individual, principalmente se forem hábitos comuns. No processo de educação para a saúde, a figura materna em especial tem uma importância significativa para a formação de hábitos saudáveis nos filhos. O exemplo dos pais também é objeto de percepção pelas crianças, o que faz com que o processo de educação tenha de acontecer na família como um todo. As referências familiares também devem ser avaliadas, ou seja, quem na família influencia as decisões tomadas. A abordagem familiar deve ser feita sempre que detectada essa necessidade pela equipe de saúde bucal. O programa ressalta ainda que a equipe deve levar em consideração contextos familiares diferentes da visão familiar tradicional, trabalhando essas realidades de forma diferenciada e tentando entender como os vínculos e as relações acontecem.

Um dos princípios da Atenção Primária é o princípio da Longitudinalidade, que está ligado à necessidade de os profissionais da equipe de saúde serem capazes de fornecer a atenção a todos os usuários de sua área de abrangência ao longo de suas vidas. Isso

significa possuir o entendimento do processo saúde-doença, das variações de abordagens em relação a todas as faixas etárias, e da importância de se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo. Como a equipe de saúde bucal pode ser a porta de entrada no sistema, é interessante que ela esteja atenta a sinais e sintomas nas diferentes faixas etárias que demandam encaminhamento para a equipe de saúde para diagnóstico. Ainda dentro do princípio da Longitudinalidade, torna-se importante que os profissionais da equipe de saúde bucal sejam capazes de prestar uma atenção adequada aos usuários que possuem alguma condição fisiológica ou patológica que os faça necessitar de cuidados diferenciados. Os pacientes portadores de necessidades especiais, a gestante, o diabético, o hipertenso, o portador de tuberculose, de hanseníase e HIV são passíveis deste cuidado.

Os profissionais de Saúde Bucal foram inseridos nas Equipes de Saúde da Estratégia Saúde da Família em dezembro de 2000, por meio da Portaria GM nº. 1.444. A equipe de saúde bucal é composta por um dentista, uma auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. O custeio das equipes é feito pelo município e pelo Ministério da Saúde, que financia a implantação com um incentivo de R$7 mil reais por equipe, além do custeio mensal de R$2 mil para a modalidade I (composta por cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal) e R$2.600,00 para a modalidade II (cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal). O Governo de Minas financia a iniciativa (PSF) por meio do Projeto Estruturador Saúde em Casa, destinando R$ 48 milhões por ano aos municípios onde as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família atuam. Este recurso está direcionado para o Programa Saúde em Casa como um todo, mas pode ser utilizado pelas equipes de Saúde Bucal na aquisição de instrumentais, equipamentos e materiais de consumo odontológicos, na qualificação de pessoal, obras em unidades de saúde (postos de saúde) pertencentes ao município, de forma a adequá-las à prestação da Atenção em Saúde Bucal, incluindo a construção dos escovários. As fontes de financiamento atuais das ações de saúde bucal na atenção primária em Minas Gerais são o Financiamento municipal e o Financiamento federal, da seguinte forma: o PAB (Piso da Atenção Básica) representa um montante de recursos financeiros repassados a todos os municípios e destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção primária à saúde. (Portarias MS 1882 de 18/12/1992 e 648 de 28/03/06); ele é composto por uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações específicas. A

parte fixa do PAB é obtida pela multiplicação de um valor *per capta* nacional pela população de cada município. Entre as ações que devem ser custeadas com esse recurso estão as ações referentes às áreas de atuação estratégica mínima para desenvolvimento de ações na atenção primária, sendo a saúde bucal uma dessas áreas. Dessa forma, todos os municípios devem utilizar o PAB em ações voltadas para a promoção da saúde bucal, controle das principais doenças bucais e atendimento das urgências/emergências odontológicas. A parte variável do PAB colocada como uma estratégia nacional de reorganização do modelo de atenção à saúde, pode ser usada no financiamento dado às Equipes de Saúde Bucal do PSF.

Em 2008, 3.831 equipes da Estratégia Saúde da Família atuaram em 827 municípios de Minas Gerais. Deste total, 2.026 equipes possuíam profissionais de Saúde Bucal, sendo 1.606 na modalidade I e 420 na modalidade II. Para os próximos anos, um dos principais desafios da CSB/SES-MG é ampliar a cobertura populacional em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). De abril de 2007 a junho de 2009, mais 13,1 milhões de pessoas passaram a contar com a cobertura das equipes de saúde bucal no Brasil. No mesmo período, houve crescimento de 66,4% no número de laboratórios de próteses dentárias.

Com os investimentos do Saúde em Casa, pretende-se que sejam 4.000 equipes em funcionamento em dezembro de 2010. No mês de janeiro de 2010, Minas Gerais contabilizou 3.983 equipes do PSF, com 25.092 agentes comunitários (PSF) atuando em 838 municípios. A meta da Coordenação de Saúde Bucal (CSB) para o Saúde em Casa é igualar o número de equipes do Saúde da Família que atuam em Minas, ao número de equipes de saúde bucal do Saúde em Casa.

BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

As principais portarias que normatizam a inserção e o financiamento das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) são a PORTARIA Nº 1444/GM de 28/12/2000, estabelece o incentivo financeiro para reorganização da atenção em saúde bucal nos municípios por meio do PSF e define as modalidades das Equipes de Saúde Bucal que são: Modalidade I composta por um Cirurgião Dentista (CD) e uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e a modalidade II, mais completa composta por um CD, um Técnico em Higiene Dental (THD),e uma ACD.. A PORTARIA Nº 74/GM de 20/01/2004 que reajusta o valor dos incentivos financeiros de custeio das ações de saúde bucal no âmbito do PSF, determina que o Ministério da Saúde fornecerá um equipo odontológico completo (cadeira, equipo de 3 pontas, unidade auxiliar, mocho e refletor) para as equipes de saúde bucal habilitadas ou que se habilitarem na modalidade II para utilização por parte do Técnico em Higiene Dental, corrige o valor do incentivo adicional às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e determina o pagamento de R$ 1.000,00 (hum mil reais) em parcela única, para cada equipe de saúde bucal já implantada, como incentivo adicional para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses. A PORTARIA Nº 273/GM de 27/02/2004 que determina que as equipes de saúde bucal cadastradas no SIAB de nov/03 receberão a parcela única de R$ 1.000,00 (hum mil reais) estabelecida pela Portaria nº 74. A PORTARIA Nº648/GM de 28/03/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para o PSF e PACS, que discute o financiamento da atenção básica e faz orientações para a sua utilização, que define áreas estratégicas para atuação, incluindo a saúde bucal e define as responsabilidades para cada esfera de governo. A PORTARIA Nº 650/GM de 28/03/2006 que confirma os valores de Incentivos Financeiros de Custeio das ESB, que são: R$ 20.400,00 (vintemil e quatrocentos reais) na Modalidade I e R$ 26.400,00 (vinte e seis mil e quatrocentos reais) na Modalidade II, anuais, divididos em 12 (doze) parcelas mensais, define como valor de transferência para cada equipe de saúde bucal implantada R$7.000,00 (sete mil reais) a ser transferido em parcela única no mês subseqüente ao da implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização de curso introdutório e define as ESB que fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos.

BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

3.2.2Centros de Especialidades Odontológicas

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é outro ponto de atenção importante para a melhoria da assistência odontológica no Estado. Ele faz parte do Programa Brasil Sorridente, implantado pelo Ministério da Saúde em 2004, e oferece à população acesso gratuito aos serviços especializados de odontologia. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos. Um dos princípios da atenção primária é o princípio da coordenação, ou seja, o encaminhamento para referências deve ser feito através da atenção primária e os profissionais da equipe de saúde devem acompanhar o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado e retomar o acompanhamento desse usuário na atenção primária após o término desse tratamento. Usuários com condições sistêmicas que necessitam de compensação devem fazê-lo preferencialmente na atenção primária.

O encaminhamento dos usuários para a atenção especializada pode ser feito de duas formas:

a)PARA REFERÊNCIA: o profissional da atenção especializada irá se responsabilizar pela realização do procedimento especializado necessário. Deve ser feita através de formulário no qual o profissional da US irá explicitar o motivo do encaminhamento e outras informações pertinentes.

b) PARA INTERCONSULTA: o usuário está sob responsabilidade do CD da atenção primária, mas é encaminhado ao profissional da atenção especializada para discussão técnica do caso e esclarecimento de dúvidas a respeito de diagnóstico ou tratamento. A interconsulta pode ser feita também através do envio de exames para análise do profissional da atenção especializada.

De acordo com as Portarias N° 599/GM de 23 de março de 2006 são definidoscritérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e a Portaria N°600/GM de mesma data que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, para os CEOs tipo I, aqueles com três cadeiras odontológicas, são destinados mensalmente R$ 6,6mil para custeio, além de R$ 40 mil em parcela única, correspondentes a custos com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos. Para os CEOs tipo II, com quatroa seis cadeiras, os valores mensais são de R$ 8,8 mil e R$ 50 mil, respectivamente e os CEOs tipo III possuem mínimo de 7 cadeiras, recurso de implantação R$ 80 mil reais e recurso de custeio no valor de R$ 15.400,00. Entre janeiro de 2005 e junho de 2009, foram realizados mais de 24,6 milhões de procedimentos odontológicos nos CEOs.

Os CEOs são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de Especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer a população, no mínimo os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, de periodontia especializada, de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, de endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. São classificados de acordo com o número de cadeiras odontológicas que possuem, de acordo com seu porte. Assim o CEO tipo I detém 3 cadeiras, o tipo II de quatro a seis e o tipo III no mínimo sete cadeiras.

Além da implantação de CEOs, há também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD – que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. Atualmente o financiamento deste LRPD está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). O Município/Estado passa a receber mensalmente de acordo com sua produção. Esta produção será acompanhada de acordo com as informações prestadas pelos municípios através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Serão feitas avaliações trimestrais destes dados para redefinir a distribuição dos recursos. Estes recursos são repassados diretamente do Ministério da Saúde para os municípios ou estados que possuem laboratórios credenciados não comprometendo seus recursos de saúde já existentes, ou seja, recursos extra teto.

Atualmente existem 67 Centros em funcionamento, cabendo à SES-MG coordenar a implantação destes em todo o Estado, dentro de uma proposta de construção da Rede de Atenção em Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais e em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (JORNAL MINAS GERAIS 07/03/2009).

Cada Centro de Especialidade Odontológicas credenciado passa a receber recursos do Ministério da saúde, de acordo com o que está definido pela Portaria Nº 599/GM de 23 de março de 2006. A implantação de Centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e Estados e municípios contribuem cada um com outra parcela.
Estes CEOs estão sujeitos à legislação referente à implantação dos CEO/LRPD que consta das Portarias 1572/GM de 29 de julho de 2004 que estabelece o pagamento de próteses dentárias totais nos LRPD e a avaliação de desempenho, também já republicada; da 562 de 30 de setembro de 2004 que estabelece alterações nos sistemas de informação relativas à operacionalização dos procedimentos odontológicos realizados nos LRPD; da 283/GM de 22 de fevereiro de 2005 que estabelece a antecipação do incentivo financeiro para os CEO em fase de implantação; da 1063/GM, de 4 de julho de 2005 que define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento dos LRPD e CEO Tipo 1, Tipo2 e Tipo 3 e apresenta o Anexo 1 com os requisitos para os CEO/LRPD; a 1069/GM, de 4 de julho de 2005 que institui incentivo financeiro dos CEOs e os critérios para produção; a 411/GM, de 9 de agosto de 2005 que exclui e inclui procedimentos /Tabela do SIA/SUS relativos aos CEO /LRPD e regulamenta os formulários/instrumentos utilizados no subsistema APAC/SAI; a 599/GM, de 23 de março 2006 que define a implantação de CEO e LRPD, estabelece critérios, normas e requisitos para credenciamento e institui o financiamento dos CEOs e a Deliberação CIB-SUS-MG 140, de 15 de março de 2005 que define os critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos CEO e LRPD em Minas Gerais.

3.2.3Programa Sorriso no Campo

O Programa Sorriso no Campo foi criado em 2004, pelo Governo de Minas, a fim de possibilitar o avanço na organização da Atenção em Saúde Bucal no Estado. Desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), tem como principal objetivo a melhoria das condições de saúde bucal da população rural, indígena e quilombola dos municípios pertencentes à área de abrangência do Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais (IDENE). Para tanto, busca aliar o ensino ofertado pelas faculdades de odontologia com os serviços de saúde bucal destas regiões.

O Programa Sorriso no Campo possibilita a realização de estágio supervisionado de acadêmicos dos cursos de Odontologia, por meio de celebração de convênio entre a SES-MG e as Faculdades de Odontologia de Minas Gerais, contribuindo assim para a formação acadêmica e profissional do estudante, fundamentalmente no contexto da Atenção Primária em Saúde Bucal, com a construção do conhecimento aliada à realidade da saúde pública. Além disso, ainda possibilita ao participante um conhecimento integrado e múltiplo do funcionamento e estrutura dos serviços públicos de saúde de Minas Gerais, contribuindo assim para a formação de recursos humanos necessários à construção da Saúde Bucal no SUS-MG.

O estágio acadêmico é realizado durante as férias escolares (janeiro e julho), mas as ações propostas pelo Programa para a organização da Atenção em Saúde Bucal junto às populações rural, indígena e quilombola são contínuas e realizadas pelos profissionais de saúde bucal das equipes municipais.

O Programa Sorriso no Campo conta com a parceria da Secretaria Extraordinária para o Desenvolvimento dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e Norte de Minas (SEDVAN), do Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas (IDENE), das Prefeituras Municipais e das Faculdades de Odontologia conveniadas, tendo também o apoio do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CRO-MG).

Com o objetivo de fomentar a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) nos municípios pertencentes à área de abrangência do IDENE, a Coordenação de Saúde Bucal/Secretaria de Estado da Saúde (CBS/SES-MG) está selecionando municípios para participar do Programa Sorriso no Campo. Em 2009 foram selecionados 40 municípios, pretendendo, nos próximos anos, aumentar

gradualmente o número de municípios participantes. O monitoramento das ações propostas será realizado de forma contínua pelas Coordenações Municipais de Saúde Bucal, SES-MG e Faculdades de Odontologia.

A apresentação destes Programas deve ser seguida da contextualização atual dos mesmos na sociedade. Sua implantação deve se dar de maneira a preencher as lacunas da saúde oral deixadas pelas históricas práticas hegemônicas, entendendo o momento atual de nossa sociedade civil, suas características e necessidades. Devem ser periodicamente reciclados para manter a atualidade de suas propostas sem o perigo de repetir não os procedimentos, mas os erros de planejamento anteriores. Neste sentido estudaremos os problemas de saúde bucal contemporâneos que afetam nossa sociedade na atualidade e o norte científico impresso nas políticas de saúde adotadas.

4.CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS NA SOCIEDADE E NO SABER CIENTÍFICO

A entrada dos usuários para atendimento em saúde bucal deve caminhar gradualmente para a mudança de uma assistência centrada nas urgências e procedimentos mutiladores, para a atenção integral, o que significa acesso universal às ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com a necessidade. Isso significa uma atenção baseada no cuidado, e não nos casos agudos.

Estudando a situação da saúde no Estado de Minas Gerais, sob o prisma demográfico, encontramos uma transição muito rápida, que impacta todo processo de reforma sanitária. A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde. Minas tem hoje 9% de sua população com mais de 60 anos, em 2023 serão mais de quatro milhões de idosos, aproximadamente 15% da população. O contingente maior de idosos representa mais doenças crônicas. O cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabete, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002). A Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE (PNAD,2003-Fundação João Pinheiro,2005) constatou que 80% dos mineiros com idade superior a 65 anos relatam ter doença crônica.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. A pré-condição para a eficácia e a eqüidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a atenção primária.

Segundo a Linha Guia Saúde Bucal em MG, no período de 1980 a 2000, o câncer de boca foi 7ª causa de mortes por câncer em homens e a 10ª em mulheres. A falta de diagnóstico precoce do câncer de boca é conseqüência de uma conjugação de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais da saúde em detectar o câncer de boca em seus estágios iniciais. O câncer bucal é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que se dê ênfase à promoção à saúde, ao aumento de acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce.

Esta Linha Guia enfatiza ainda que a lesão cariosa é considerada atualmente como a manifestação clínica de uma infecção bacteriana; sendo seu controle, portanto, possível através da ação sobre os fatores determinantes, os quais variam entre os indivíduos e entre as diferentes realidades locais. A atividade metabólica das bactérias provoca queda no pH da placa, e a saliva eleva o pH com sua capacidade tampão, resultando em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário. A falta de equilíbrio nesse processo poderá causar uma progressão da desmineralização do dente, até atingir um grau irreversível. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial. Entre os principais determinantes podemos citar a presença de microorganismos (placa bacteriana), a concentração de flúor na cavidade bucal, a freqüência de ingestão de açúcar, o fluxo e a capacidade tampão da saliva.

Enquanto uma visão tradicional do diagnóstico da cárie dentária considerava a doença a partir da presença de cavidade, considera-se hoje que estágios anteriores existem antes que a cavidade seja formada, e que podem ter caráter reversível a partir das ações de promoção à saúde e prevenção. A abordagem nesse processo deve ser conservadora. O uso de dentifrício fluoretado e melhorias na qualidade de vida são considerados os principais fatores de diminuição da prevalência de cárie aos 12 anos de idade nas últimas décadas. A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, que atinge toda a população, sem distinção. Em áreas com água fluoretada, a diferença na prevalência de cárie entre classes sociais diminui bastante. Em regiões com baixa prevalência de cárie existem muitas lesões não-cavitadas (manchas brancas), com concentração de cavidades nas superfícies oclusais e em uma minoria de pessoas (fenômeno da polarização).

A visão tradicional da doença cárie representada pela cavidade no dente que necessita de tratamento restaurador, não garante o controle do desenvolvimento da doença, pois sem que haja ações sobre os determinantes, novas cavidades se formarão, inclusive em forma de recidivas nas restaurações. O tratamento restaurador da cárie dentária não garante um impacto nos indicadores de prevalência. O componente cariado é substituído pelo componente restaurado, mas a morbidade pela cárie dentária continuará a mesma. O impacto sobre os indicadores de prevalência é obtido a partir do uso de medidas de promoção à saúde e prevenção.

Quanto à patologia gengival, a associação entre doença periodontal e classe social apresenta uma alta consistência, sendo a prevalência de doenças periodontais mais alta nas classes sociais mais baixas. O principal fator para prevenção da doença periodontal é o controle da placa. A eliminação completa da formação da placa não é possível pelos métodos mecânicos individuais, e nem necessária, pois a saúde periodontal é compatível com baixos níveis de placa.

No que diz respeito às má-oclusões em nível de atenção primária, torna-se muito importante o trabalho voltado, principalmente, para a prevenção dos fatores de risco que são o estímulo à amamentação (como importante fator para uma oclusão saudável), o desestímulo à extração de dentes decíduos prematuramente ou colocação de mantenedor de espaço (a extração for essência)l, o trabalho educativo em relação aos hábitos deletérios (sempre levando em consideração a situação social na qual se encontra o usuário, a qual poderá ser determinante desse hábito), além do acompanhamento da erupção dentária e ações para prevenção de acidentes. O tratamento das má-oclusões encontra-se em nível da atenção em média complexidade com a colocação de aparelhos ortodônticos. A orientação é que deve-se sempre levar em conta na priorização do encaminhamento para tratamento, os usuários que estejam sofrendo impacto significativo em sua qualidade de vida por conseqüências estéticas e/ou funcionais da má-oclusão.

Segundo a Linha Guia Saúde Bucal publicada pela Coordenação de Saúde Bucal a educação em saúde bucal é também muito importante dentro da promoção à saúde e deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência, utilizando-se estratégias diversas de acordo com a realidade local. *A Linha Guia coloca que o objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença.* Deve fornecer

instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário. Visa estimular o usuário a sair de um papel passivo para um papel autônomo, participativo, de colaborador e agente de sua própria saúde. Isso significa também desestimular uma dependência muitas vezes desnecessária em relação aos profissionais e serviços de saúde.

Deixa claro também a complexidade do processo de mudança de hábito quando explicita: O processo de mudança de hábito é um processo muito complexo, que enfrenta várias barreiras (econômicas, emotivas, sociais, culturais, etc), em que a aquisição do conhecimento é um passo muito importante, mas não suficiente na maioria das vezes. Muitas vezes a mudança de hábito é difícil, pois o usuário tem de vencer as dificuldades de um meio ambiente e de condições de vida cujas escolhas saudáveis são mais difíceis e mais caras. Em grande parte dos casos, os hábitos não são mudados não porque as pessoas não têm conhecimento, mas porque não têm condições de realizar a mudança. Por exemplo, é muito mais fácil para uma criança comer uma bala, um doce, que são muito baratos, do que trocá-los por uma escolha mais saudável, como uma fruta, que é mais cara. No processo de educação, é importante a identificação das principais barreiras aos hábitos saudáveis e como acontece o processo saúde-doença no contexto local.

A promoção de saúde bucal deve, portanto, ser visualizada em um contexto em que as ações educativas e as ações intersetoriais são complementares, para que, no final, o usuário tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável. A educação em saúde bucal deve considerar o indivíduo como um todo. Por exemplo, a higiene bucal está inserida em um contexto da higiene da casa, do corpo, e não pode ser trabalhada separadamente, devendo acontecer em conjunto com as ações da equipe de saúde e levando em consideração o contexto socioeconômico.

A implantação da fluoretação da água de abastecimento é também uma medida de promoção à saúde, pois está ligada a uma ação intersetorial e contribui para um meio ambiente que conduza à saúde. Essa implantação é recomendada pela OMS e é uma prioridade governamental em nosso país, instituída pela lei 6050 de 1974. De acordo com essa lei, todos os municípios com abastecimento público de água onde existe estação de tratamento devem fazer a fluoretação. A Portaria Federal/MS nº 635 de

26/12/75 aprova as normas e padrões sobre fluoretação da água. Os municípios que tiverem estações de tratamento de água sem fluoretação e desejarem fazê-la devem entrar em contato com a Coordenação Estadual de Saúde Bucal.

AS AÇÕES PREVENTIVAS COLETIVAS (APC) DEVEM SER INCENTIVADAS PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL E COMPREENDEM:

Ação coletiva de escovação dental supervisionada

Visa à prevenção da cárie e da gengivite através do incentivo à escovação dental associada ao uso de dentifrício fluoretado, compreendendo o controle continuado de placa dentária pelo usuário com supervisão profissional, com freqüência e metodologia a ser definida de acordo com a necessidade do grupo ou faixa etária. Deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência. Geralmente inclui evidenciação da placa bacteriana quando deve haver um reforço educativo com os usuários que não estão conseguindo fazer o controle da placa, através de um acompanhamento periódico de sua evolução e escovação supervisionada com dentifrício fluoretado.

Em algumas situações, no entanto, essa ação pode ser realizada de forma diferenciada, como em crianças muito pequenas, onde apenas uma supervisão da limpeza/escovação feita pelo responsável/criança pode ser o indicado e usuários idosos, acamados, Pacientes com Necessidades Especiais, onde muitas vezes não é viável a evidenciação da placa e apenas a supervisão da escovação feita por usuário/família/cuidador é possível.

Outras situações locais também podem ocorrer como por exemplo em crianças menores de 6 anos é importante um cuidado especial devido à possibilidade de ingestão de dentifrício fluoretado ou quando a escovação supervisionada estiver associada à detecção de sinais de risco que sugiram necessidade de encaminhamento individual para avaliação de risco pelo Cirurgião Dentista. Mas normalmente deve ser realizada, preferencialmente, por profissional auxiliar.

Ação coletiva de aplicação tópica de flúor (ATF)

Pode ser realizada na forma de ação Coletiva de Bochecho Fluorado que são bochechos com solução de fluoreto de sódio com periodicidade semanal (concentração de 0,2%) ou diária (concentração de 0,05%). Esse procedimento é indicado para usuários maiores de 6 anos ou Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor-gel, que consiste na aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23%. A aplicação pode ser feita utilizando-se escova, moldeira, pincelamento ou outras formas. Esse procedimento é indicado para usuários maiores de 6 anos. Nas aplicações coletivas de flúor deve sempre ser tomado todo o cuidado para evitar ingestão, incluindo supervisão do processo, dosagem correta e colocação de todo o material usado em local longe do alcance de pessoas que possam ingeri-lo acidentalmente. Essa ação deve ser realizada, preferencialmente, por profissional auxiliar, sob supervisão do CD.

Para a utilização da aplicação tópica de flúor (ATF) na forma coletiva, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS recomenda levar em consideração a situação epidemiológica de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate exposição à água de abastecimento sem flúor, exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F), exposição à flúor na água há menos de 05 anos, índice de cariados,perdidos e obturadospor dente (CPOD) maior que 3,0 aos 12 anos de idade e menos de 30% dos indivíduos livres de cárie aos 12 anos de idade.

Os municípios que interromperem a ATF por terem atendido aos requisitos colocados, devem continuar a monitorar o CPOD aos 12 anos e a porcentagem de livres de cárie aos 05 anos, de forma a estarem sempre atentos a algum aumento de prevalência de cárie nessas faixas etárias, avaliar a necessidade de continuar a fazer a ATF em outros grupos considerados ainda de risco, continuar a manter.

Pela importantíssima participação da escovação com dentifrício fluoretado na prevenção da cárie e gengivite, garantir o seu acesso por parte dos usuários da área de abrangência deve ser considerada uma política importante entre as ações de saúde bucal. A OMS considera que todo esforço deve ser feito para tornar o dentifrício fluoretado acessível, e, nesse sentido, os gestores devem considerar a possibilidade de desenvolver políticas locais que incentivem a universalização do acesso, tais como garantir sua distribuição à população da área adscrita sob risco social, desenvolver ações educativas

para incentivar o seu uso, promover ações intersetoriais que diminuam o seu custo, entre outras. A distribuição de kits de escovação insere-se no fortalecimento desta política.

Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica

Compreende avaliação das estruturas da cavidade bucal com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemológicos em estudos de incidência, prevalência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemológico e/ou avaliar impacto das atividades desenvolvidas. A equipe de saúde bucal da atenção primária da área de abrangência deve ser a porta de entrada do sistema, com exceção dos casos de urgência/emergência , em que o usuário pode ser atendido em qualquer unidade. Os centros de atenção especializada em saúde bucal devem também receber os usuários referenciados pela atenção primária, não construindo portas de entrada paralelas no sistema. Dessa forma, é possível se avançar na organização do fluxo de encaminhamento e na aplicação de princípios únicos de planejamento e priorização do atendimento.

À atenção primária compete assumir a responsabilidade pela detecção de necessidades, providenciar os tratamentos ou os encaminhamentos requeridos em cada caso, e monitorar a evolução no período pós-tratamento. O atendimento nesse nível de atenção deve ser o mais resolutivo possível, sendo responsável pela resolução da absoluta maioria dos problemas de saúde bucal existentes, incluindo a sua prevenção, e fazendo somente os encaminhamentos realmente necessários. A resolubilidade da atenção está ligada também à elaboração de fluxos e protocolos.

O acolhimento é uma ação que deve permear toda a atenção, em todos os níveis, desde o agente comunitário até os níveis de maior complexidade, e envolve os procedimentos e atitudes que facilitem o acesso dos usuários ao serviço de saúde. É entendido como uma postura de todos os membros de uma equipe de saúde voltada para os atos de receber, escutar de forma qualificada, orientar, atender, encaminhar adequadamente e de forma resolutiva e acompanhar. Caracteriza o ato do cuidado, significando a base da humanização das relações. Significa antes de tudo, ouvir e entender a necessidade colocada pelo usuário, o significado e o impacto dessa necessidade em sua vida, e dar um encaminhamento a ela, não se limitando a respostas burocráticas. Essa percepção e co-responsabilização em relação às necessidades percebidas significam um grande passo para a criação de vínculo, de solidariedade, e de

sensibilidade em relação à dor e ao sofrimento do usuário. Colabora para a construção de um modelo de atenção centrado no usuário e em suas necessidades. Introduz o princípio da equidade na atenção à saúde bucal, pois define uma priorização do atendimento a partir da identificação de risco sob os pontos de vista biológico, social e subjetivo, com atenção priorizada para a clientela com maior necessidade ou vulnerabilidade. Pressupõe a elaboração de protocolos e normalizações que possam conter os critérios para a definição de priorização e os fluxos de encaminhamento na Unidade de Saúde. Contribui para o aumento da resolubilidade. Necessita de uma mobilização da equipe de forma a rever suas posturas, atitudes, e discutir as barreiras ao acesso à atenção em saúde bucal existente dentro da sua realidade.

O acesso pode ser encarado como a forma como o sistema de saúde se adapta às necessidades do usuário. Entre suas dimensões podemos considerar a disponibilidade de oferta de serviços adequados (recursos humanos, integralidade de atenção, programas específicos, etc.); a acessibilidade (se a localização da unidade de saúde é satisfatória para os usuários da área de abrangência); a acomodação (se a maneira como os recursos são disponibilizados é satisfatória, incluindo o sistema de marcação de consultas e referenciamento, o horário de atendimento, etc) e a aceitabilidade (relacionada com a atitude dos usuários em relação à equipe de saúde). O acolhimento está baseado ainda no trabalho em equipe e na potencialização do trabalho de cada um de seus membros, valorizando os saberes de cada categoria e possibilitando intervenções efetivas.

Os principais modos de acesso para a atenção em saúde bucal são a *DEMANDA ESPONTÂNEA* formada por usuários que procuram o serviço com uma necessidade percebida, a qual deve ser encaminhada. Todos esses usuários devem ser ouvidos de forma a se fazer o melhor encaminhamento; e o *ENCAMINHAMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE* cujos sinais de risco em saúde bucal podem ser utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde, incluindo THD (técnico em higiene dental) e ACD (auxiliar de consultório dentário), no sentido de facilitar o encaminhamento dos usuários para a avaliação de risco pelo CD, muitas vezes com risco não percebido.

Os *GRUPOS PRIORIZADOS* são aqueles definidos localmente. Alguns grupos podem ser definidos como prioritários para a avaliação de risco pelo CD, devendo acontecer uma busca ativa dos usuários pertencentes a esses grupos para avaliação de risco. Os principais fatores que podem ser considerados para definição desses grupos são o Risco social (famílias em risco social, definidas pela equipe na área de

abrangência – de acordo com fatores sociais, econômicos, estrutura familiar, entre outros – devem ter prioridade para avaliação de risco), Risco por ciclo de vida (de acordo com a OMS as crianças devem ser consideradas prioritárias e o Estatuto do Idoso e a Portaria 399/GM- Pacto pela Saúde priorizam o idoso), Risco sistêmico (diabéticos, imunodeprimidos e pacientes com necessidades especiais (PNE) também devem ser considerados prioritários, por serem mais vulneráveis a complicações sistêmicas. A priorização de gestantes, é amparada pela Lei Estadual nº 15.677 de 15/08/05, que dispõe sobre a consulta odontológica com avaliação periodontal no acompanhamento pré-natal da rede pública do Estado de Minas Gerais. Outros grupos podem ser definidos como prioritários localmente. A priorização desses grupos para avaliação de risco pelo CD não significa atendimento exclusivo, em detrimento do resto da população. Significa apenas a organização da atenção, com vistas à universalização gradual do atendimento a toda a população da área de abrangência, com base no princípio da equidade. Na Unidade de Saúde todos os usuários que solicitarem o atendimento pelo serviço de odontologia devem ser ouvidos em suas necessidades de forma a se definir o encaminhamento.

A pré-avaliação deve ser usada para satisfação de necessidade sentida através da livre demanda, possibilitando o acesso do usuário da área adscrita e não pertencente aos grupos priorizados à resolução de sua queixa principal. A ordem de atendimento não deve ser baseada na ordem de chegada, mas no sofrimento e gravidade relacionados ao caso. Os horários de escuta a esses usuários e a escolha do profissional poderão ser definidos a partir de critérios estabelecidos em conjunto pela equipe de saúde. A pré-avaliação em saúde bucal deve se integrar ao máximo à realizada pela equipe de saúde, sendo ideal um processo único. Esse processo pode ser facilitado se houver a existência de uma Ficha de Pré-avaliação, no qual são anotados nome, queixa principal, encaminhamento dado e a data. Essa Ficha poderá, inclusive, servir para monitoramento e avaliação do serviço. O CD deve dar suporte para analisar essa Ficha de Pré-avaliação, sempre que necessário, ou até mesmo examinar o usuário, para que seja sempre buscado o melhor encaminhamento. A partir da pré-avaliação, os usuários poderão ser encaminhados para a consulta de urgência/emergência ou para agendamento para avaliação de risco pelo CD. Esse processo caminha para a organização do atendimento da demanda espontânea.

A consulta de urgência/emergência é feita pelo CD e direcionada para a resolução da queixa principal e exame de mucosa sempre que possível. O atendimento prioritário do usuário com dor e sofrimento se enquadra também no princípio da equidade, pois, no momento, é o usuário que mais necessita de atenção. O atendimento das urgências/emergências deve ser garantido na atenção primária como prioridade a todos os usuários, independente de serem da área de abrangência, devendo ser reservado diariamente um horário para esse atendimento. Essa definição dos horários deverá ser feita pela equipe, de acordo com a demanda local. O atendimento dos casos de urgência/emergência deve preferencialmente ser feito no início do turno de trabalho, devendo, porém, o CD estar pronto para atender aos usuários que necessitarem de atendimento em outros momentos.

Os casos cuja resolução está ligada a um procedimento da atenção primária deverão ser resolvidos nesse nível de atenção, na própria unidade básica. O atendimento deverá ser o mais resolutivo possível, evitando o prolongamento do sofrimento do usuário ou retornos desnecessários. O diagnóstico dos casos deve ser feito cuidadosamente de modo a evitar encaminhamentos não pertinentes e que causam congestionamento desnecessário nas unidades de urgência/emergência. Com o processo de organização da atenção primária, a tendência é que haja uma diminuição gradual dos casos de urgência/emergência. A identificação dos sinais de alerta e o estabelecimento de fluxo de encaminhamento são importantes para avaliar o usuário na sua chegada, humanizando o atendimento e organizando a porta de entrada de acordo com critérios de prioridade e de gravidade.

Como exemplo de *demanda espontânea* podemos citar os casos de traumatismo dentário, que enquadram-se no atendimento de urgência/emergência cuja demanda é considerável. A prevalência de injúrias dentárias encontrada em Belo Horizonte foi de 8,0% na idade de 9 anos, 13,6% aos 12 anos e 16,1% aos 14 anos, sendo os incisivos centrais superiores os dentes mais afetados. O traumatismo dentário apresenta um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar sorrir e conversar. Estudos brasileiros sobre traumatismo dentário mostraram não haver diferença entre as classes sociais ou haver maior prevalência nas crianças de classe social mais alta. As crianças de classe social mais alta são as que possuem mais fácil acesso a *playgrounds,* piscinas, bicicletas,

skates, patins, etc. Ainda assim, as principais causas do traumatismo são quedas, agressões, disputas ou brigas, acidentes de trânsito, atividades esportivas e causas desconhecidas o que configura o caráter aleatório. Os fatores predisponentes para o traumatismo dentário são trespasse horizontal acentuado e hipotonia labial superior.

O *atendimento individual programado* é aquele feito através de agendamento de consultas em que a população priorizada para atendimento clínico individual, conforme discussão anterior, estará fazendo a Primeira Consulta Odontológica Programática e recebendo, de acordo com suas necessidades, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A população-alvo para o atendimento individual programado é toda a população da área de abrangência da unidade de saúde. Como o serviço pode não ter capacidade para atender a toda a população adscrita de forma imediata, devem ser estabelecidos critérios de priorização para esse atendimento, baseados em critérios de risco, de forma a se atender primeiramente os usuários que apresentam maiores necessidades. Esses critérios foram discutidos na avaliação de risco pelo CD. Os critérios de priorização possibilitam também a busca ativa de usuários com necessidades não-expressas, dentro da idéia de co-responsabilização pela saúde dos usuários da área de abrangência.

O atendimento programado deve ser estendido a toda a população da área de abrangência, a partir da cobertura dos sucessivos níveis de priorização. Os usuários que receberão o atendimento individual programado são os que foram definidos como prioritários a partir da avaliação de risco pelo CD. Além dos procedimentos específicos da odontologia, podem ser realizados outros procedimentos de atenção primária pela equipe de saúde bucal, procedimentos esses pertencentes a outros grupos e compartilhados com a equipe de saúde.

O sistema de informação em saúde é outro componente importantíssimo, pois fornece dados para planejamento, monitoramento e avaliação do serviço, nos três níveis de gestão; fornece dados para a construção de indicadores de saúde, que são elaborados a partir dos dados disponibilizados no sistema de informação pelos municípios, os quais são utilizados para avaliação da atenção em saúde bucal. Dentro deste contexto, torna-se muito importante que os dados lançados pelos profissionais que realizam os procedimentos, pelos que consolidam os mesmos e pelos que os lançam no sistema de informação sejam os mais fiéis possíveis à realidade, de modo a obtermos um sistema de informação confiável e que possa realmente servir de base para ações de

planejamento, monitoramento e avaliação; importante ainda que os municípios desenvolvam uma planilha de produção diária/mensal coerente com os procedimentos do sistema de informação e capacitem todos os envolvidos no processo de produção e de digitação dos dados sobre como realizar o preenchimento da planilha para construção de dados uniformes e confiáveis. Como exemplo podemos citar os sistemas de informação do SUS, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), que é um sistema padronizado em âmbito nacional e utilizado em todos os níveis de gestão, sendo uma ferramenta fundamental para a gestão de assistência ofertada em regime ambulatorial, dotando os gestores de informações sistematizadas sobre a rede de serviços ambulatoriais e os procedimentos realizados pelas unidades.

Também o sistema de informação de atenção básica (SIAB), é o sistema de informação do Programa Saúde da Família, que permite o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, através do lançamento das informações obtidas nas visitas às comunidades. O SIAB amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação que permitem sua utilização por toda a equipe de saúde da unidade básica. Este deve ser alimentado apenas pelas equipes de saúde bucal do PSF. Os municípios que começarem a alimentar o SIAB devem continuar a alimentar também o SIA/SUS. O SIAB possui a Ficha A, que contém os dados relativos às condições ambientais, sociais e de saúde da área de abrangência da equipe de saúde. A equipe de saúde bucal deve lançar os procedimentos na Ficha D, que é uma ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações. A Coordenação Estadual de Saúde Bucal encontra-se empenhada em reforçar o entendimento dos indicadores de saúde bucal pelos municípios, com o objetivo de obter bancos de dados cada vez mais confiáveis e que possam servir como instrumento para o objetivo maior da pactuação da atenção primária, que é o de utilizarmos os indicadores no processo de planejamento e avaliação das ações de saúde bucal.

Os indicadores de saúde bucal do Pacto da Atenção Básica, impressos em Portaria, são a cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e a cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada. Indicadores complementares são aqueles que os municípios podem optar por pactuar ou não. São eles, a Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais e a Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às ações odontológicas individuais.

5. CONCLUSÃO

Garantir o atendimento humanizado e integral do cidadão, com redução das filas de espera, acolhimento, resolutividade e garantia do usuário à informação. Essas são ações que levam à justiça social através da promoção da saúde e proteção da vida. A necessidade dos usuários em relação a uma ação integral, associada ao cuidado e ao tratamento digno, respeitoso, é um sonho e uma busca constantes na caminhada permanente da construção do SUS e da diminuição das desigualdades sociais. (BRASIL.OPAS, 2006)

Percebemos haver uma mobilização no sentido de corrigir as distorções assistenciais históricas e promover saúde oral alinhada as novas realidades, deixando para traz o modelo de prática curativa, mutiladora e excludente. O conceito de saúde sofreu modificações ocorridas em escala mundial, desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, conceituou saúde não apenas como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ainda assim e apesar da expressiva melhora na condição de saúde bucal no Brasil, os valores encontrados no levantamento de 2003 ainda estão aquém da meta sugerida pela OMS para o ano de 2000. Apenas o índice médio de CPO-D para as crianças mostrou-se compatível com a meta (inferior a 3,0), variando, todavia, entre as regiões. Esta realidade, contradiz inclusive o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, outubro de 1986) onde afirma-se:

> "a Saúde Bucal, é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação" e que "a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção."

A expansão das ações de Saúde Bucal no Brasil e conseqüentemente em Minas Gerais tem motivado diversas reflexões sobre como organizar uma prática odontológica que resgate a dívida histórica com os "excluídos" de saúde bucal. Entendendo a dimensão do desafio a ser enfrentado, a Secretaria de Estado da Saúde de M.G. em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, vem atuando na ampliação do atendimento e na melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira,

ampliando o acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundários e terciários na área de saúde bucal.

O princípio constitucional da intersetorialidade norteia ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e de humanização das práticas como diz José Saraiva Felipe, Ministro de Estado da Saúde (2006). Esta quebra de paradigma foi imposta pelas alterações ocorridas no cenário epidemiológico. Uma situação de tripla carga de doenças, sendo ¾ determinados por condições crônicas (doenças crônicas e causas maternas e perinatais), não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado, principalmente, para o atendimento de condições agudas, por meio de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Essa incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde que era praticado constituiu o principal problema de operacionalizar o SUS no Estado. Este cenário preocupante impôs a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas. Sendo os processos de saúde/doença bucal problemas de caráter essencialmente sócio-político, a intervenção em saúde bucal coletiva, para a construção da agenda para resolver estes problemas, iniciou-se com os programas de saúde oral buscando um paralelo sinérgico com as políticas sociais. Neste prisma, a linha-guia do Saúde em Casa foi elaborada para o momento atual que vivenciamos em relação à epidemiologia das doenças bucais e à organização da saúde bucal no SUS de nosso estado. Ela tem, no entanto, um caráter dinâmico, devendo estar sempre sendo atualizada a partir de mudanças no quadro epidemiológico, nas normalizações do SUS e nas evidências científicas em relação à abordagem das doenças bucais; de avanços em relação à elaboração de protocolos para outras doenças e agravos bucais e da evolução na organização da rede de referência em saúde bucal; e, principalmente, a partir do retorno dado pelos diversos níveis de atuação e realidades regionais e locais. A organização gradual da rede de atenção especializada em saúde bucal, a partir da proposta dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), deve ser também de caráter dinâmico e requer a elaboração e ajuste de fluxos, de forma a garantirmos encaminhamentos corretos e humanizados.

A implementação destas políticas públicas de Saúde Bucal com controle social é primordial para a inclusão social. A luta pela construção de uma política de Atenção à Saúde Bucal através de interação com todos os setores da comunidade e sociedade civil organizada é imprescindível para a eficácia das ações, envolvendo o planejamento da prevenção, promoção e recuperação da saúde. Os programas de saúde pública traçados na área *VIDA SAUDÁVEL* compatibilizam-se com esta nova visão de caráter holístico em saúde e vem tentando responder as demandas da sociedade civil, mas é apenas o início de longo processo. A rede de referência em saúde bucal está aquém do ideal, mas ainda é cedo para medir a iniciativa, ainda muito recente, porém torna-se incontestável a assertividade das diretrizes traçadas, amparadas nas evidências científicas e realidades sociais.

Há que se melhorar muito ainda a ampliação da compreensão da Saúde Bucal no sentido de qualidade de vida e construção de cidadania, o que deve ser trabalhado em conjunto pelas instâncias representativas do controle social, das equipes de saúde e da sociedade civil organizada. Os gestores de saúde e as equipes de saúde bucal devem participar do processo de construção da Agenda de Saúde, através da prestação de contas para aprovação do Conselho de Saúde; da participação nos Conselhos de Saúde; da participação nas Conferências de Saúde; do aperfeiçoamento dos instrumentos de informação, garantindo a divulgação, nas três esferas de governo, da política de financiamento e do volume de recursos, gastos e investimentos em saúde bucal. Devem também incluir os relatórios de prestação de contas e a lei de responsabilidade fiscal, com linguagem acessível à população, divulgar o endereço eletrônico do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), como instrumento de controle social da política de saúde pública, mantendo todas as informações *on-line,* a fim de permitir ao cidadão a fiscalização dos serviços prestados e recursos financeiros disponíveis. Ainda incentivar a participação dos usuários nos fóruns de decisão coletiva, disponibilizar as informações, dados, impactos epidemiológicos alcançados e indicadores de saúde bucal para serem apresentados e avaliados pelos respectivos Conselhos de Saúde, participar no processo de capacitação dos conselheiros nas questões de saúde bucal, realizar pesquisas de avaliação de satisfação do usuário em relação à atenção prestada e do planejamento conjunto da atenção em saúde bucal com representantes de usuários, respeitando as necessidades locais.

Os municípios deverão investir na utilização de indicadores. O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica é um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção primária. O Pacto deve ser concebido não somente como um instrumento de controle pelo nível federal das ações executadas ou dos resultados alcançados, mas como elemento de incentivo ao processo de avaliação em saúde, nas três esferas de gestão. Com o objetivo de aumentar o poder descritivo dos indicadores, deve-se trabalhar a construção e o acompanhamento das séries históricas, e realizar a análise conjunta de indicadores inter-relacionados. A pactuação deve ser entendida não como um instrumento burocrático a ser cumprido, mas como um instrumento de auxílio no processo de gestão que deve ser desenvolvido de forma consciente e constantemente monitorado. Os coordenadores e equipe de saúde bucal devem sempre participar das pactuações de modo que sejam propostas metas condizentes com a realidade e que seja realizado o monitoramento dos indicadores. Os municípios devem elaborar sua proposta de monitoramento dos indicadores, observando a importância de se acompanhar mensalmente o lançamento dos procedimentos e se este número está coerente com o proposto durante a pactuação do indicador, de modo a corrigir distorções e a garantir o cumprimento da mesma. Os municípios devem realizar os levantamentos de acordo com a sua possibilidade e necessidade, tentando sempre avançar em termos de doenças, agravos e faixas etárias. A partir do acesso mensal aos dados lançados no sistema de informação é necessária ainda a comparação com os dados reais do município de modo a verificar a fidelidade dos dados no sistema, a corrigir erros de lançamentos futuros, e a fazer as correções retroativas possíveis.

Os indicadores do Pacto da Atenção Básica são ainda incipientes, necessitando inclusive ser bem esclarecidos a todos os profissionais em saúde bucal para haver comprometimento, mas apesar das limitações oferecem contribuição no processo de organização da atenção primária e organização da rede de referência em saúde bucal, a partir do momento em que a melhoria nos indicadores é reflexo de avanços em relação a: acesso, medidas de promoção à saúde e prevenção, planejamento do atendimento, aumento de resolubilidade de atenção integral e avaliação e monitoramento das ações. A vigilância em saúde bucal tem sido tema de discussão atual, assim como a necessidade de se definirem indicadores que contemplem as principais doenças e agravos bucais e faixas etárias mais abrangentes medindo impacto na qualidade de vida, juntamente com

definitivamente na Política de Saúde, de forma a rompermos as portas das desigualdades.

O planejamento em saúde bucal deve estar sempre em sintonia com o planejamento para o setor saúde como um todo, a partir da discussão inicial de princípios e objetivos a serem adotados de forma geral. Esta consciência, traduzida nas diretrizes propostas nos Projetos Estruturadores é um primeiro grande passo rumo aos ideais, mas ainda sim como comentado apenas primeiro passo. Não basta mais democratizar os recursos e eleger ações prioritárias, isto é apenas pré-requisito para a adoção de uma nova ordem gerencial. Seguramente é necessária uma reforma administrativa em nível local e a busca de inovações e parcerias com a sociedade civil com ações que podem contribuir para o processo de transformação do Estado e consolidar uma estabilidade econômica que diminua a exclusão. Mas, sem dúvida, passar do modelo assistencial, paternalista e viciado, para um modelo de atenção à saúde, com co-responsabilidade, isto é, participante e democrático, é tarefa bastante complexa mas já iniciada.

Neste contexto, a criação do Sistema Único de Saúde trouxe um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. O sistema de formação de redes veio integrar-se as aspirações da sociedade civil. O SUS consolida-se, cada vez mais, como política de Estado, o que garante sua continuidade ao longo dos seus vinte anos de existência. Juntando-se à contribuição relevante de muitos governos para os contínuos avanços do estado de Minas Gerais na área da saúde, o Choque de Gestão implantado a partir de 2003 vem determinando mudanças significativas nas estruturas, nos processos e nos resultados do SUS no estado. Como resultado, a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas que, sem dúvida abriram um novo rumo para saúde, tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da Saúde Bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. A principal mudança promovida na atuação do estado na área de saúde baseia-se no conceito holístico do trabalho em rede. Esse conceito e a

formação das redes estão incorporados a todos os projetos do Choque de Gestão na Saúde, interligados aos resultados constantes do PMDI e integrantes do PPAG.

Mesmo com a inclusão da saúde bucal no PSF, falta aos programas adotados no nível local inovar quanto ao acesso e à cobertura, incorporar a assistência odontológica ao conjunto da população SUS, realizar diagnóstico em saúde bucal como rotina, estabelecer protocolos de referência e contra-referência e inovar a clínica odontológica, propondo sistemática de atendimento adequado. A meta de igualar o número de equipes de saúde bucal ao número de equipes do PSF é tão arrojada quanto o Programa Saúde em Casa em si, mas com a conscientização dos profissionais da odontologia envolvidos e da sociedade civil vislumbramos a possibilidade de alcançá-la.

Melhorar a qualidade da educação é também uma ferramenta de impacto no resultado dos programas de saúde. De acordo com o último Atlas da Educação do governo, referente ao ano de 2004, dos 810 municípios mineiros avaliados, 575 apresentaram o índice de qualidade do aprendizado dos alunos que concluíram o ensino médio inferior a 0,6, que seria o valor mínimo desejado.

O que se verifica é que a odontologia se caracteriza pelo avanço, cada vez maior, no sentido de se estabelecer novas tecnologias, tornando-a mais eficiente e apresentando mais variáveis como forma de solucionar os problemas de saúde bucal da "população". Mas o que ainda se observa é a presença de doenças controláveis, como a cárie dental e doenças periodontais, atingindo considerável parcela da população. Este fato está diretamente ligado a educação, já que grande parte destas doenças tem sua cura na prevenção, no ensino do cuidado, na integração da saúde bucal na saúde geral (práticas sanitárias). Os principais problemas de saúde bucal da população são possíveis de serem erradicados, desde que haja a instituição de uma filosofia preventiva e programas efetivos de promoção de saúde.

É possível realizar mudanças gradativas e continuadas (CORDEIRO, 1996), com decisão política e sobretudo com apoio popular, estabelecendo novos vínculos ou relações entre governo, centro de saúde, estrutura sanitária e sociedade, sem escravizar espaços, mas abrindo os maiores espaços sociais que possam ser fonte de energia para conseguir resultados ou mudanças qualitativas, mensuráveis e conhecidas da própria população para que as faça próprias e sua representação das atuais relações mude para uma referência mais positiva do trabalho que se faz em saúde bucal coletiva.

Fica claro analisando as ações em saúde bucal realizadas em nosso Estado de 2003 até os dias atuais, que tivemos no choque de gestão o direcionamento aspirado pela sociedade para a mudança do panorama em saúde bucal no estado. Este foi o início rumo a excelência e devemos nos orgulhar. Entretanto constatamos ainda uma odontologia submetida a segundo plano nos programas de governo (veja principais metas do Saúde em Casa), em decorrência da priorização de outras metas em saúde, sem dúvida nunca de menor relevância mas de igual importância para *VIDA SAUDÁVEL*. Para ampliar a cobertura em saúde bucal há um consenso entre autores quanto a necessidade de reorganizar a atenção básica, que centraliza o encaminhamento para a atenção secundária, criar indicadores deste serviço para melhorar a gestão, recompor o corpo de técnicos capazes de avaliar e atuar de forma estratégica na consecução de recursos e desenvolver uma base social que apóie as propostas. Esta foi a metodologia dos programas da área *VIDA SAUDÁVEL*.

O incentivo e abertura de espaços para a participação popular no direcionamento das políticas públicas é inquestionável. São estas iniciativas que a sociedade civil deve reivindicar e as políticas públicas devem direcionar, porque desenvolvem uma sociedade mais consciente, democrática e mais crítica não só de seu dever enquanto cidadão, mas de seu poder de fazer acontecer. Educação não acontece somente na escola. Toda essa conversa, esse corpo a corpo promove democracia, educação, direcionamento, conscientização de ambas as partes: sociedade e governo, que na realidade devem caminhar lado a lado e não em lados opostos. Acredito que este paradigma foi quebrado e vejo no Choque de Gestão uma sociedade que expressa suas necessidades e um governo que procura responder.

A defesa da promoção da saúde não pode ser desvinculada da luta pelo acesso universal à assistência odontológica. E sempre trabalhando na perspectiva sugerida por Capistrano, de que para o êxito da construção do SUS em todos os estados do Brasil,

> "para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais, a PAIXÃO, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de cólera contra os agravos à vida, é indispensável. ...é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos à nossa frente. É preciso, além disso, CORAGEM pessoal, política e intelectual para rever conceitos, pré-conceitos, enfim, idéias que não têm mais suporte na realidade. *Não podemos ser escravos de nada, nem mesmo de nossas próprias idéias*" (CAPISTRANO, 2000).

6. BIBLIOGRAFIA

BARBOTIN, E. El lenguaje del cuerpo vol 2.Pamplona: Editora EUNSA, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Organização Pan Americana de Saúde OPAS. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Organização Pan Americana de Saúde OPAS. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil:Registro de uma conquista histórica. Brasília: Formatos design gráfico, 2006.

CAPISTRANO, D. Modalidade residência multiprofissional. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina, 2000. Dissertação para obtenção de título do I Curso de Especialização em Saúde da Família.

CECÍLIO, L.C.O.(org.). Inventando a Mudança na Saúde. SãoPaulo: Hucitec, 1994.

CHAVES, MM. Manual de odontologia sanitária. São Paulo: USP, 1960.

CHAVES, M.M. Odontologia social. 2ª ed. Rio de Janeiro: Labor; 1977.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cadernos Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

COSTA,N.R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil: v.2. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania Rev. Saúde em Debate. n. 41. Rio de Janeiro: CEBES (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), 1994.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1988.

LIMA, L.L. Gestão da Política de Saúde no Município: A questão da Autonomia. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Dissertação de mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80 v.1 n.1. Rio de Janeiro: Physis, 1991.

MARQUES, A.J.S. et al. O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Autêntica Editora Ltda, 2009.

MENDES,E.V. (org). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994.

MENICUCCI,T. e **BRASIL**,F.P.D.Análise comparativa da Reforma Sanitária e da Reforma Urbana.Belo Horizonte: EG/FJ, 2006. Texto para discussão n°24.

MINAYO, M.C.S. (org).A Saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.

NARVAI, P. C. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P.C. Saúde bucal : assistência ou atenção ? São Paulo: Universidade de São Paulo, 1992. Escrito para subsidiar a Oficina do Grupo de Trabalho Odontologia em SILOS.

PAIM,J. e **ALMEIDA Filho**, N. Saúde coletiva: uma ''nova saúde pública'' ou campo aberto para novos paradigmas?. Revista de saúde pública, São Paulo, v.4, n.32, 1998.

RIVERO, D.A.T. Alma-ata: 25 anos después. Washington: Revista Perspectivas de Salud v.8 n.1, 2003.

RODRIGUES, J.C. O tabu do corpo. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé, 1979.

SERRA, C.G. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1998. Dissertação – Instituto de Medicina Social.

SOUZA, H. M. Cadernos de Atenção Básica Programa de Saúde da Família, Caderno 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

VARGAS,A.M.D. e **PAIXÃO**,H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista,B.H.Rev.Saúde Coletiva vol.10 no.4. Belo Horizonte: Print version ISSN 1413-8123Ciênc, 2005.

VASCONCELLOS, M.C.C. Estudo dos serviços estaduais de odontologia de saúde pública do Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1984. Tese de Doutorado.

WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niteroi: Universidade Federal Fluminense, 1994.Tese Doutorado em Odontologia Social.

WERNECK, M. A . F. A reforma sanitária no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos.São Paulo: Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas 52(4), 1998.