

Editorial

O Brasil Sorridente

Até o século passado a prática odontológica tinha como eixo principal de atuação voltado para o setor privado. As políticas públicas de saúde bucal que privilegiaram a prática individual foram incipientes, excludentes, com foco na cárie dental, limitava-se ao atendimento de crianças e adolescentes de 6 a 14 anos nas escolas públicas. Este modelo de alto custo, pouca resolutividade e de baixo impacto, revelou indicadores desfavoráveis no último Inquérito Epidemiológico Nacional sobre os problemas de saúde bucal. Entre os brasileiros com idade na faixa de 40 e 44 anos, apenas 30% dos dentes estão saudáveis. Além disso, o estudo revelou que a proporção de edêntulos aumenta com a idade. Chama atenção que a necessidade de prótese total aumenta, aproximadamente, de 10% nas pessoas entre 20-24 anos para 80% entre 60-64 anos e até 98% no grupo de 75-79 anos. Os problemas periodontais também estão presentes em todas as faixas etárias de 72% no grupo de 15-19 anos até 90% no grupo de 45-49 anos. Entre os adolescentes 14% nunca foram ao dentista. A porcentagem de pessoas relatando uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, respectivamente. A dificuldade mastigatória (regular/ruim/péssima) naquelas faixas etárias foi, respectivamente, 22,8%, 43,8% e 47,8%. Estes índices reforçam a necessidade de se enfatizar as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos situada no primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Um modelo até então puramente assistencial e a falta de uma política de saúde bucal inclusiva, sendo também, produto do modelo formador só poderia resultar em dados apresentados pelas PNADs (IBGE 2005) e SB Brasil 2003, caracterizando a exclusão e mutilação produzidas pela prática odontológica, demonstrando que o modelo biomédico assistencial vigente ainda se constitui o saber hegemônico que se desdobra. .

Buscando atender estas necessidades, em março de 2004, o governo implementou o Programa Nacional de Saúde Bucal, o BRASIL SORRIDENTE, que tem nas Equipes de Saúde Bucal, da Estratégia de Saúde da Família e a expectativa de um modelo de atenção primária o foco nos conceitos de vigilância a saúde, priorizando ações de controle epidemiológico da doença, uso de tecnologias preventivas modernas, mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole em ações de caráter preventivo e de promoção a saúde.

O Brasil Sorridente é o resultado da incorporação das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas para o atendimento a média e alta complexidade.

O governo federal, em dezembro de 2000, através da Portaria nº. 1444/GM, estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família-PSF (Brasil, 2000). Em março de 2001, através da Portaria n.º 267, o MS regulamenta a inserção dos cirurgiões-dentistas,

técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário no PSF, ampliando assim o acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados; buscando a melhoria dos índices epidemiológicos da população e a reorganização desta área no âmbito da atenção básica. Assim, busca-se a inclusão dos serviços odontológicos no serviço público através das Equipes de Saúde Bucal, pautada na vigilância da saúde e promoção a saúde, numa proposta de modelo atenção contra hegemônico à assistência focada na doença, nos procedimentos individuais e curativos.

A inserção do cirurgião-dentista, do técnico de higiene dental e do auxiliar de consultório dentário na ESF se deu a partir de 2001 quando começaram a ser implantadas as Equipes de Saúde Bucal. Em março 2008 a ESF dispunha de 16.291 ESBs distribuídas em 4.294 municípios por todo país, fazendo uma cobertura de mais de 75 milhões de pessoas. O crescimento do número de ESBs nestes sete anos de implantação do programa, além de possibilitar uma boa expectativa quanto ao acesso e a atenção da população aos serviços públicos odontológicos, estimula a criação de novos postos de trabalho para os profissionais. Para 2008 a meta é de implantar 791 novas ESBs.

Os profissionais que estão na atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados os casos mais complexos.

O Programa Brasil Sorridente além de propor a ampliação e qualificação da atenção básica, inclui o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal. Apresenta como linhas de ação, a adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica, pela Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Especializada, através dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Os atendimentos odontológicos feito no SUS até então correspondiam a tratamentos com procedimentos simples, extrações dentárias, restaurações, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. O Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Centros de Especialidades começaram a ser implantados a partir de março de 2004, no município de Sobral no Ceará, hoje são 630 distribuídos nos diversos municípios do país. Observa-se que a maior concentração dos CEOs esta localizada nas regiões Sudeste (242) e Nordeste (231), seguidos pelas regiões Sul (83), Centro-Oeste (40) e Norte (34), o que é valioso saber do interesse dos estados do Nordeste com a saúde bucal dos seus municípios, principalmente por conhecermos as carências e necessidades desta região. Os

CEOs estão habilitados para oferecer à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, de periodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Estes serviços 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.

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.

De acordo com o numero de cadeiras odontológicas instaladas os CEOs são denominados do Tipo I (treis cadeiras), do Tipo II (quatro cadeiras), do Tipo III (sete cadeiras), e para isso estes tem incentivos financeiros diferenciados para a sua implantação e manutenção.

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 ou próteses parciais removíveis.

A Estratégia de Saúde da Família é vista como proposta ousada, exigindo mudanças substanciais nos modelos de atenção, e pode-se verificar o avanço no número de ESB em curto espaço de tempo. A inserção da Saúde Bucal na ESF se constitui em um novo espaço que exige práticas e relações a serem construídas e uma reorientação do processo de trabalho da saúde bucal no âmbito dos serviços na medida em que, segundo as diretrizes do MS, as ESB devem atender as demandas da população com ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O acompanhamento da implementação deste programa tem sido tema de muitos trabalhos, onde são abordados o perfil dos profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família, formação profissional, o modelo de gestão, formas de contratação e o financiamento. Todos estes temas pedem a atualização e a incorporação de novas práticas, e desenvolvimento de tecnologias.

A formação profissional do cirurgião-dentista e a educação popular são elementos de transformação do processo de trabalho em saúde bucal, para a implementação de um modelo assistencial com base no conceito de promoção de saúde. A crise no modelo assistencial hegemônico, redimensionado pelo pensamento sanitaria e pela Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual a atenção primária passa a ser adotada como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender a todos, com igualdade, formam os argumentos norteadores para a proposta idealizadora do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, do novo modelo de atenção.

Analisar estas questões foge da proposta deste texto, entretanto pela importância que representa na solução dos problemas de saúde bucal da população brasileira, e pelo que também representa no mercado do exercício profissional, com a abertura de novos postos de trabalho sem precedentes em toda história da saúde pública no país, precisamos reconhecer que o novo modelo de assistência exige muitas mudanças por parte dos atores envolvidos, e estas transformações são determinantes para o Programa Brasil Sorridente, cabendo a cada um dos sujeitos envolvidos o seu empenho, o seu compromisso na atenção a saúde bucal na construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Paulo César A. Ribeiro - CD

Presidente do Conselho Regional de Odontologia
do Estado da Bahia - CROBA.