

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Daniela Zorzin

**A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ATRAVÉS DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL
SORRIDENTE EM 2011**

**Porto Alegre, RS, Brasil
2012**

Daniela Zorzin

**A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ATRAVÉS DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE EM
2011**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa
de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para a obtenção
do título de Especialista em Gestão em
Saúde.**

Orientadora: Andréa Wander Bonamigo

**Porto Alegre, RS, Brasil
2012**

© 2012

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

Fone: (0xx)51 99213011; End. Eletr: danizz.cd@gmail.com

Daniela Zorzin

**A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ATRAVÉS DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE EM 2011**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa
de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para a obtenção
do título de Especialista em Gestão em
Saúde.**

Orientadora: Andréa Wander Bonamigo

Conceito final: A

Aprovado em 12 de Maio de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cristianne Famer Rocha – UFRGS

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa – UFRGS

Orientadora – Prof. Dra. Andréa Wander Bonamigo – UFCSPA

DEDICATÓRIA

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

AGRADECIMENTOS

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

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

À minha irmã, Luciane, pelo carinho e incentivo durante o curso.

EPÍGRAFE

“Se você tem um sonho, corra atrás dele.
Lute, planeje, estabeleça e alcance metas na
vida!

Perseverança e força de vontade são
atribuições de pessoas fortes e determinadas
e que fazem a diferença”.

(Daniela Zorzin)

RESUMO

Monografia de Especialização
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ATRAVÉS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE EM 2011

AUTORA: DANIELA ZORZIN
ORIENTADORA: ANDREA WANDER BONAMIGO
Porto Alegre, Maio de 2012.

A assistência odontológica no Brasil é realizada através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente. Almeja um modelo de atenção integral que promove prevenção, promoção e recuperação da saúde. O objetivo geral deste trabalho é verificar a implementação da PNSB Brasil Sorridente através da distribuição das equipes de Saúde Bucal (eSB) nas modalidades I, II e III, e da atenção secundária na odontologia através do Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Apresenta como objetivos específicos: identificar o número de eSB na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS), identificar a cobertura do Programa Brasil Sorridente por regiões no Brasil, identificar quantos municípios tem eSB na ESF no Brasil e no estado do RS, verificar o número de CEO implantados no Brasil e no estado do RS, e identificar a implementação de LRPD no Brasil e no estado do RS. Para o desenvolvimento desta monografia, o método utilizado foi a pesquisa qualitativa através de pesquisa documental. Realizou-se levantamento de dados publicados nos sites oficiais do governo federal, do Ministério da Saúde, e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. As possíveis limitações deste estudo são a existência de dados não atualizados ou não publicados na Internet. A evolução do número de municípios que possuem eSB e a quantidade de eSB ao longo dos anos é significativa destacando-se as informações a partir do ano de 2004.

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

ABSTRACT

Monograph of Specialization
Administration Post Graduation Program
Federal University of Rio Grande do Sul

DENTAL ASSISTANCE THROUGH NATIONAL ORAL HEALTH POLICY BRASIL SORRIDENTE IN 2011

AUTHOR: DANIELA ZORZIN
GUIDANTE: ANDREA WANDER BONAMIGO
Porto Alegre, in May 2012.

The dental care in Brazil is conducted through the National Oral Health Policy (PNSB)–Brasil Sorridente. Aims a model of comprehensive care that promotes prevention, health promotion and recovery. The aim of this study is to verify the implementation of PNSB Brasil Sorridente through the distribution of oral health teams (ESB) in the manner I, II and III, and secondary care in dentistry through the Dental Specialty Center (CEO) and the Laboratory Regional Prosthodontics (LRPD). Displays the following objectives: identify the number of ESB in the Family Health Strategy (FHS) in Brazil and in Rio Grande do Sul (RS), identify the Brasil Sorridente program coverage by regions in Brazil, identifying how many municipalities have ESB the FHS in Brazil and the RS, check the number of CEO in place in Brazil and in the RS, and identify the implementation of LRPD in Brazil and the RS. To develop this thesis, the method used was qualitative research through documentary research. We conducted a survey of published data on the official websites of the federal government, the Ministry of Health and the National Coordination of Oral Health. Possible limitations of this study are the existence of data is not updated or not published on the Internet. The evolution of the number of municipalities that have ESB and ESB much over the years is significant emphasis on the information from the year 2004.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Número de equipes de Saúde Bucal implantada até fevereiro de 2012 ...	58
Figura 2 -	Número de municípios atendidos com o Brasil Sorridente até fevereiro de 2012	58
Figura 3 -	Cobertura populacional do Brasil Sorridente até fevereiro de 2012	59
Figura 4 -	Cobertura populacional do Brasil Sorridente no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012	59
Figura 5 -	Número de equipes de Saúde Bucal implantadas no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012	60
Figura 6 -	Número de municípios atendidos no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012	60
Figura 7 -	Número de CEO no Brasil	61
Figura 8 -	Número de municípios com CEO no Brasil	61
Figura 9 -	Número de CEO implantados no estado do Rio Grande do Sul até dezembro de 2011	62
Figura 10 -	Número de municípios com CEO implantados no estado do Rio Grande do Sul até dezembro de 2011	62
Figura 11 -	Quantidade de municípios por estado brasileiro que possuem Laboratório Regional de Prótese Dentária	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Requisitos necessários à incorporação de equipes de Saúde Bucal (eSB) após a implementação das equipes de Saúde da Família (eSF)	39
Quadro 2 -	Atribuições do Cirurgião-Dentista	42
Quadro 3 -	Competências do Auxiliar em Saúde Bucal	43
Quadro 4 -	Competências do Técnico em Saúde Bucal	44
Quadro 5 -	Características das modalidades de CEO	48
Quadro 6 -	Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal no mês de dezembro de 2011	55
Quadro 7 -	Evolução de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal competência nacional	57
Quadro 8 -	Evolução de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal no estado do Rio Grande do Sul	57
Quadro 9 -	Cidades que possuem CEO no estado do Rio Grande do Sul	63
Quadro 10 -	Cidades que possuem LRPD no estado do Rio Grande do Sul	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

CD - Cirurgião-Dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CPO - Cariados, Perdidos, Obturados

DNSB - Divisão Nacional de Saúde Bucal

ENAP - Escola Nacional de Administração Pública

eSB - equipe de Saúde Bucal

eSF - equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégica de Saúde da Família

LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio da Saúde da Família

NOB-SUS 96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde publicada em 1996

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde bucal

PSF - Programa Saúde da Família

RS - Rio Grande do Sul

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UnA-SUS - Universidade Aberta do SUS

UOM - Unidade Odontológica Móvel

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO BRASIL	16
2.2	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE.	26
2.2.1	Política Nacional de Atenção Básica	27
2.2.2	Estratégia de Saúde da Família	28
2.2.2.1	Equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família	29
2.2.2.2	Atendimento odontológico na Estratégia de Saúde da Família	29
2.2.3	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010 - Projeto SB Brasil	30
2.2.4	Processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	32
2.3	IMPLEMENTAÇÃO E MODALIDADES DE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	33
2.3.1	Implementação	33
2.3.2	Modalidades de equipe de Saúde Bucal	36
2.3.3	Equipamentos odontológicos	37
2.3.4	Requisitos para a implementação de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	39
2.3.5	Financiamento	40
2.4	PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL E POPULAÇÃO	41
2.4.1	Profissionais da área de saúde bucal	41
2.4.1.1	Atribuições do Cirurgião-Dentista	42
2.4.1.2	Atribuições do Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal	42
2.4.2	População coberta	44
2.5.	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	45
2.5.1	Modalidades de Centro de Especialidades Odontológicas	47
2.6.	LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA	50
3	OBJETIVOS	52
3.1	OBJETIVO GERAL	52

3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
4	MÉTODO	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	54
5.1	COBERTURA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	54
5.2	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	60
5.3	LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA	63
6	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)- Brasil Sorridente almeja um modelo de atenção integral que promove prevenção, promoção e recuperação da saúde. Tem promovido a reorganização das práticas e da rede de atenção à saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de atenção básica em saúde bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da atenção especializada em saúde bucal através do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de trabalho da eSB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo que possam contribuir para melhorar as condições de saúde bucal da população.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, Portaria nº 2.488, 2011) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A maior parte da legislação consultada neste trabalho faz referência a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006) que era a Política Nacional de Atenção Básica que foi revogada com a publicação da nova política em outubro de 2011. A odontologia foi incorporada a estratégia de Saúde da Família em 2004 com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, mas não de forma obrigatória, e sim como forma de substituição do modelo de atenção tradicional para o modelo de atenção integral. Portanto, é relevante verificar como está a distribuição das eSB dentro da ESF no âmbito nacional.

O objetivo geral deste trabalho é verificar a implementação da PNSB Brasil Sorridente através da distribuição das equipes de saúde bucal nas modalidades I, II e III, e da atenção secundária na odontologia através do CEO e do LRPD. Apresenta como objetivos específicos: identificar o número de eSB na ESF no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS), identificar a cobertura do Programa Brasil Sorridente por regiões no Brasil, identificar quantos municípios tem eSB na ESF no Brasil e no estado do RS, verificar o número de CEO implantados no Brasil e no estado do RS, e identificar a implementação de LRPD no Brasil e no estado do RS. Para o desenvolvimento desta monografia, o método utilizado será a pesquisa qualitativa através de pesquisa documental. Realizar-se-á levantamento de dados publicados nos sites oficiais do governo federal, do Ministério da Saúde, e no site da

Coordenação Nacional de Saúde Bucal. As possíveis limitações deste estudo são a existência de dados não atualizados ou não publicados na Internet.

A Estratégia de Saúde da Família é o principal programa do Ministério da Saúde para reorientar o modelo de atenção à saúde da população a partir da atenção primária. Os gestores públicos brasileiros, especificamente os prefeitos municipais, estão envolvidos diretamente na transformação do modelo de atenção da saúde no país. São os responsáveis pela tomada da decisão de implementação de uma política nacional de atenção que engloba o indivíduo de forma integral. Um modelo de atenção básica integral que está substituindo, aos poucos, o modelo de atenção básica tradicional. Este, na maioria das vezes, em relação à saúde bucal, é a odontologia mutiladora (baseada em extrações dentárias).

A fundamentação teórica deste trabalho está organizado em seções que abordam: a assistência odontológica no Brasil, a PNSB Brasil Sorridente, a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF, a equipe multiprofissional na ESF, o atendimento odontológico na ESF, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010 - Projeto SB Brasil, o processo de trabalho da eSB na ESF, a implementação e modalidades de eSB, os equipamentos odontológicos, os requisitos para a implementação de eSB na ESF, o financiamento, os profissionais de saúde bucal e população, as atribuições do cirurgião-dentista, as atribuições do técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal, a população coberta, as modalidades de CEO, e o LRPD. É destinado um capítulo para os resultados e discussões da pesquisa. Este está dividido em seções que abordam cobertura da eSF e da eSB, o CEO, e o LRPD.

É relevante salientar que a regulamentação do SUS está em contínua transformação principalmente através das portarias. Manter-se atualizado é um dever do gestor público para a correta aplicação das políticas e dos incentivos financeiros disponíveis que possam contribuir para melhorar as condições de saúde bucal da população. O Brasil Sorridente é um importante avanço na saúde pública brasileira, mas ainda há muito por fazer para alcançar, de fato, a atenção integral e melhorar os índices de saúde bucal, qualidade de vida e bem-estar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta um breve histórico sobre a assistência odontológica no Brasil. Descreve a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) Brasil Sorridente e seu contexto com a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. Além disso, descreve a implementação da PNSB Brasil Sorridente através da distribuição das equipes de saúde bucal nas modalidades I, II e III, e da atenção secundária na odontologia através do CEO e do LRPD.

2.1 A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO BRASIL

A Constituição da República Federativa de Brasil (BRASIL, 1988) no seu Art. 196 enfatiza: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No Art. 198 destaca que as ações e serviços públicos de saúde têm como diretrizes: o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Cronologicamente, a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Entretanto, a atenção integral preconizada pela Constituição Federal entrou em prática com a criação do Programa Saúde da Família no ano de 1994 e não englobou ações na área odontológica.

A odontologia entrou na agenda governamental somente no ano de 2000 através da Portaria nº 1.444 (BRASIL, 2000). Esta estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Contudo, os avanços maiores no setor da odontologia com relação ao SUS ocorreram a partir do ano de 2004 e de 2006 com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (que tem a Estratégia de Saúde da Família como forma de nortear as ações e substituir o modelo de atenção tradicional para o modelo de atenção integral) respectivamente.

A Estratégia de Saúde da Família é o principal programa do Ministério da Saúde para reorientar o modelo de atenção à saúde da população a partir da atenção primária. As ações de saúde bucal estabelecidas nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) são: ações de promoção e proteção de saúde (fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor), ações de recuperação e de reabilitação. Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda sendo um grande desafio desenvolver ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do território (BRASIL, Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica nº 17, 2008).

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

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

O modelo de atenção à saúde existente no Brasil configura-se, na maior parte, como um modelo de economia da oferta em saúde herdado dos sistemas assistencialista e previdencialista. Esse modelo é o grande responsável pelas filas e demora no atendimento, superlotando estabelecimentos de saúde. Entretanto, com a inclusão da ESF, o modelo de

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

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

economia da demanda em saúde começa a ser inserido no SUS. Nesse modelo, a equipe de saúde fica responsável por uma determinada base territorial devendo desenvolver atividades de atenção integral à população pertencente a esta área através de atividades de promoção de saúde, atendimentos de qualidade e resolutividade. O atendimento por demanda através da ESF propicia a regionalização da atenção à saúde no momento que cria o sistema de referência e contra-referência no atendimento aos usuários da atenção especializada. É responsabilidade do gestor público municipal planejar a divisão dos territórios baseada na população residente neste, a quantidade de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal que cada unidade básica de saúde da família irá suportar. Também é responsabilidade do gestor público municipal escolher qual modalidade de equipe de saúde bucal irá implementar e programar o atendimento especializado. É necessário que o gestor público esteja bem informado sobre as necessidades da comunidade local para a correta tomada de decisão na escolha da população com maior risco à doença através dos dados das vigilâncias em saúde.

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

A política de atenção na saúde é organizada em níveis de complexidade: atenção primária ou básica e atenção de média e alta complexidade. Esta estruturação reflete-se na

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

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

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

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

A atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade. Dessa forma, deve ser capaz de diagnosticar, o mais precocemente possível, situações de risco que venham ultrapassar sua capacidade de resolução, promovendo acesso ágil aos atendimentos mais complexos, na busca da otimização da assistência, da melhoria do cuidado e da redução dos gastos, estabelecendo

uma continuidade da atenção à saúde. Isso reflete o modelo de atuação da ESF no qual compreender a organização do sistema de saúde significa reconhecer a atenção primária como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral.

Sistemas nacionais de saúde fundamentados em princípios como da atenção integral devem manter como base de orientação de suas agendas de prioridade, de seus processos de planejamento, das práticas de saúde e da qualificação do trabalhador, elementos tais como os condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais que conformam uma vasta gama daquilo que se costuma chamar de necessidade em saúde. Dessa forma, ofertas de ações em saúde de qualidade e efetivamente resolutivas devem partir daquilo que a população realmente necessita.

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

A saúde bucal, por muitos anos, não entrou na agenda das políticas públicas governamentais. A odontologia teve, durante muito tempo, um caráter privado. Entretanto, nos últimos anos, esta realidade está mudando. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a utilização de termos como atenção integral à saúde, a odontologia começou a ter ênfase nos bastidores da agenda governamental. O acesso às informações por parte da população através dos meios de comunicação como televisão, programas de rádio, campanhas de prevenção e Internet começaram a conscientizar a população da importância da saúde bucal para a saúde geral do indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 40% da população mundial apresenta halitose (mau hálito), um problema de saúde com consequências sociais e econômicas, morais e psicoafetivas³. Em unidade de terapia intensiva (UTI), a pneumonia nosocomial é responsável por altas taxas de morbidade,

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

mortalidade e aumento expressivo dos custos hospitalares, sendo que seu estabelecimento se dá mais comumente pela aspiração do conteúdo presente na boca e faringe (MORAIS et al, 2006). A higiene bucal deficiente é comum em pacientes internados em UTI, o que propicia a colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos, especialmente por patógenos respiratórios que podem influenciar o aparecimento da pneumonia (MORAIS et al, 2006). Problemas odontológicos podem diminuir o rendimento de um atleta em até 21%⁴. Um trabalho realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP confirmou que há evidências científicas apontando relação entre a periodontite (doença inflamatória dos tecidos que envolvem o dente e que pode levar a perda do mesmo) e o desenvolvimento da aterosclerose (doença inflamatória dos vasos sanguíneos que pode levar a obstrução total do vaso), um dos fatores de risco mais importantes para a doença cardiovascular⁵. Casos de câncer de boca são diagnosticados por odontólogos e reforçam a ideia de que saúde começa pela boca. O Instituto Nacional do Câncer divulgou estimativa de 14.120 novos casos de câncer da cavidade oral para o ano de 2010, sendo o sétimo câncer em incidência no Brasil⁶. O Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal da Cidade de Curitiba (CURITIBA, 2004) destaca que o estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem íntima relação com a saúde geral da gestante, podendo influenciar diretamente na saúde geral e bucal do bebê. Há várias evidências comprovando a relação entre doenças periodontais e o nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros estimando-se que metade dos partos prematuros, sem fatores de risco estabelecidos, podem estar associados à doença periodontal (CURITIBA, 2004).

Hoje, também, constata-se o apelo publicitário sobre a estética, o sorriso das pessoas, o “cartão de visitas”. Dependendo das condições de saúde bucal, a falta de dentes anteriores sem o uso de prótese dentária, pode ser um motivo de exclusão do trabalhador do mercado de trabalho. Problemas envolvendo a oclusão dentária e/ou os ossos da face interferem no perfil facial, na harmonia da face, na fala, na mastigação e na autoestima. Assim, a saúde bucal é parte inseparável da saúde geral da pessoa. Um tratamento odontológico pode proporcionar ao indivíduo a inserção social, o benefício pessoal e psicológico dentre outros aspectos. O sorriso é uma das expressões mais bonitas do ser humano e valorizá-lo é fundamental.

As primeiras ações desenvolvidas pelo setor público na área da saúde bucal remontam à década de 1940 quando a assistência planejada, voltada para escolares, foi introduzida pela

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

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

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

Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, e o Ministério da Saúde (MS) ainda não existia (GARCIA, 2006).

O marco oficial da presença de profissionais da área de Odontologia no Ministério da Saúde (MS) foi em 1979 por meio da realização de concurso para os cargos de sanitaristas do Departamento de Administração do Serviço Público (GARCIA, 2006). Nesta época, o MS não tinha uma estrutura específica em seu organograma para a saúde bucal, então, alocou esses profissionais em divisões técnicas, como a dermatologia sanitária, a pneumologia sanitária, câncer, áreas de planejamento, coordenadorias regionais de saúde, entre outras (GARCIA, 2006). Na gestão do Ministro da Saúde Waldir Arcoverde, em 1982, foi iniciado o processo de institucionalização da saúde bucal no MS, pois até esse momento não havia nenhuma organização institucional que respondesse pela agenda da saúde bucal no MS (GARCIA, 2006). Então, foi implementado o Grupo de Trabalho de Odontologia (mas não ocupava lugar no organograma do MS) composto por sanitaristas e que, segundo Garcia (2006), parece ter sido referência nos assuntos que tratavam da saúde bucal na esfera federal, trabalhando na perspectiva de implementação da fluoretação da água de consumo público em conjunto com o Banco Nacional de Habitação. Na mesma época, foram criados os Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação integrando os trabalhadores das secretarias estaduais de Educação e de Saúde, as entidades de classe e as companhias estaduais de saneamento (GARCIA, 2006).

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

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

Na gestão seguinte, o diretor da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) foi Benedito Elias Waquim que privilegiou a atenção odontológica aos pacientes com

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

A seção de saúde da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) destaca em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desde então, tem-se elaborado legislação que regulamenta este artigo. São publicadas leis, normas operacionais básicas, portarias, entre outros documentos para regulamentar as políticas públicas na saúde. É dever do gestor público manter-se informado e atualizado em torno da legislação para que possa implementar políticas e fazer escolhas da melhor forma possível para a comunidade.

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

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

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

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

A Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 estabeleceu a necessidade de realização de concurso público para uma pessoa ocupar a vaga em cargo ou emprego público. Com o fortalecimento do SUS, muitas vagas de trabalho na odontologia estão sendo criadas somadas a possibilidade de ampliação do atendimento odontológico à população brasileira incrementada, também, pelo desenvolvimento de políticas de saúde bucal. Muitos profissionais da Odontologia - Cirurgiões-Dentistas - não tiveram formação curricular na área de políticas públicas na odontologia, e a autora deste trabalho inclui-se entre estes. Até o ano de 2004, quando a autora deste trabalho obteve a graduação no Curso de Odontologia, o foco estava em atividades preventiva clínica, e os conhecimentos de legislação eram abordados de maneira superficial. Isso pode ter ocorrido pelo fato de que foi a partir de 2004 que a legislação tomou força e começou a ser publicada na Internet de forma que o acesso à informação ficou mais abrangente. A legislação que regulamenta a Política Nacional de Saúde Bucal vigente está escrita em várias portarias. Estas são atualizadas, editadas, substituídas no todo ou em parte por novas portarias o que reflete na importância de constante estudo para se estar bem informado. A partir de 2004, o acesso às informações através da Internet se tornou cada vez melhor. Muitas das regulamentações estão disponíveis nos meios eletrônicos e reuni-las de forma a sintetizar estas informações é um trabalho relevante que pode servir para a atualização dos profissionais da área e gestores públicos.

É responsabilidade do gestor público municipal a decisão política de implementar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seu município. Muitos municípios possuem equipamentos odontológicos e instrumentais odontológicos obsoletos. O incentivo financeiro do governo federal para a implementação desta política de saúde bucal inclui recursos para a

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

aquisição de equipamentos odontológicos, consultórios odontológicos novos e instrumentais adequados à demanda das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. Além disso, repassa incentivos financeiros para a manutenção da equipe de saúde bucal na ESF que variam de acordo com a modalidade implementada. É uma política nacional que está estimulando a mudança do modelo tradicional de atenção básica para o novo modelo de atenção integral.

Na odontologia, há algumas doenças que necessitam de consultas de controle mais seguidas; entretanto, para a maioria dos pacientes, recomenda-se que a pessoa realize uma consulta odontológica por ano. É importante ressaltar que até mesmo um paciente que não possui nenhum dente em boca e que, no caso, é portador de prótese dentária total deve comparecer para uma consulta de avaliação destas próteses e prevenção do câncer de boca com regular frequência. A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio realizada em 2008 (IBGE, 2010) apresenta uma tabela sobre as características de saúde dos moradores por população residente, por situação de consulta ao dentista e a época da última consulta realizada. Em números aproximados, estima uma população residente total de 189.953.000 pessoas. Dessas, 22.156.000 (11,66%) nunca consultaram com o dentista. Entre as pessoas que fizeram consulta ao dentista, no total 167.797.000 (88,33% da população), a quantidade de pessoas que realizou a última consulta em menos de um ano foi de 76.356.000 (45,5%); de um a menos de dois anos, 34.190.000 (20,37%); de 2 a menos de 3 anos, 12.791.000 (7,62%); e três anos ou mais, 44.460.000 (26,49%). Analisando os dados, os números revelam a importância de políticas públicas na área da odontologia que aumentem o acesso à população brasileira aos serviços de saúde bucal. Ainda há muito por fazer para mudar a realidade do país, e o Brasil Sorridente insere-se no conjunto de programas estratégicos de políticas de saúde para mudar a realidade de saúde bucal da população.

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

informação e comunicação. Com isso, há mais uma ferramenta disponível à população para auxiliar na fiscalização e no controle social.

Isso tudo expõe a responsabilidade que o gestor público precisa ter para a correta tomada de decisões. Entender o contexto e o que é a Política Nacional de Saúde Bucal para transformar as condições de saúde bucal da população é fundamental. Nas próximas seções, são apresentados os documentos que regulamentam a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Esses são leis, portarias, diretrizes, normas operacionais básicas que consolidaram a entrada da saúde bucal na agenda das políticas de saúde no Brasil. Além disso, é demonstrado a implementação e modalidades de equipes de saúde bucal; a cobertura da Estratégia de Saúde da Família; os profissionais da área da saúde bucal e a população coberta pela política; a atenção secundária na odontologia através do Centro de Especialidades Odontológicas e do Laboratório Regional de Próteses Dentárias.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE

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

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

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

2.2.1 Política Nacional de Atenção Básica

A nova Política Nacional de Atenção Básica editada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011) caracteriza-se por:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como um de seus fundamentos e diretrizes:

estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, Portaria nº 2.488, 2011).

Dessa forma, a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, Portaria nº 2.488, 2011). Nesta portaria, está incluído os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes

Saúde da Família. Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica) e podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. Podem fazer parte desta equipe as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, Portaria 2.488, 2011).

2.2.2 Estratégia de Saúde da Família

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

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

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, respectivamente. No decorrer desta monografia, o leitor poderá se deparar com os dois termos, pois o termo antigo será usado quando houver citação anterior a esta publicação.

2.2.2.1 Equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família

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

2.2.2.2 Atendimento odontológico na Estratégia de Saúde da Família

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

O atendimento odontológico é realizado através de procedimentos que incluem a prevenção, promoção e recuperação em saúde como exodontia (extração dentária), restauração de dentes e, agora, também, as especialidades odontológicas. Estas são exercidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) onde há especialistas em Periodontia, Endodontia, Prótese Dentária e Cirurgia Oral.

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

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

A situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão (mordida) e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, foi analisada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde e às instituições do SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal. Segundo dados do Projeto SB Brasil 2010, a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Entretanto, a situação melhorou entre 2003 (quando foi realizada a primeira pesquisa do Projeto SB Brasil) e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Esta porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie, também, diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 – uma redução de 25%. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos, o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70%. Isto é o reflexo da transformação do modelo de atenção tradicional (baseado em “mutilações” - extrações dentárias) no modelo de atenção integral preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal através do Brasil Sorridente e das equipes de Saúde Bucal inseridas na ESF.

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

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

No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral, a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. Entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observa-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,3 – um declínio de 19%. Mais importante: observa-se que os componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Sinteticamente, o componente cariado caiu de 2,7 em 2003 para 1,9 em 2010, o componente “perdido” caiu de 13,2 para 7,3, enquanto que o componente “obturado” cresce de 4,2 para 7,1 (um aumento de 69%). Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos 7 anos, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência

registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

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

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

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

O processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal (eSB) fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo. Há três modalidades de implementação de eSB que serão detalhadas na próxima seção, e, como parte da atenção especializada, serão abordados o Centro de Especialidades Odontológicas e o Laboratório Regional de Prótese Dentária em seções distintas.

2.3 IMPLEMENTAÇÃO E MODALIDADES DE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

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

2.3.1 Implementação

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

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

A ESF é cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acordo com os serviços oferecidos: equipe de Saúde da Família, equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I, equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II (BRASIL, Portaria nº 750, 2006). Recentemente, a Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011) descreve a equipe de Saúde Bucal modalidade III como sendo os profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

A Portaria nº 673 (BRASIL, 2003), estabelece que poderão ser implantadas, nos municípios, quantas equipes de Saúde Bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal,

desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da atenção básica. Define, ainda, que os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão o incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a modalidade escolhida.

Para a implantação e o credenciamento das equipes da ESF nos municípios e no Distrito Federal deve-se (BRASIL, Portaria 2.488, 2011):

- a) realizar projeto(s) de implantação das equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF tendo os itens descritos no anexo III desta portaria;
- b) aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;
- c) cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no SCNES e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e
- d) solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao estado.

Para a implantação e o credenciamento das referidas equipes as secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal deverão (BRASIL, Portaria 2.488, 2011):

- a) analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais de à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;
- b) após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;

- c) submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;
- d) submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e
- e) responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo destas equipes.

O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das Equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de apoio a Saúde da Família deve conter (BRASIL, Portaria nº 2.488, 2011):

- a) o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;
- b) infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- c) o fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;
- d) a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;
- e) descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- f) processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;
- g) a forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;
- h) implantação do sistema de informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da Atenção Básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

- i) processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica;
- j) a contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal;
- k) e no caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha, a identificação das equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS.

Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde. O número máximo de eSF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400.

2.3.2 Modalidades de equipe de Saúde Bucal

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades (BRASIL, Portaria nº 2.488, 2011):

- a) Modalidade I: Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- b) Modalidade II: Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e
- c) Modalidade III: Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

2.3.3 Equipamentos odontológicos

A Portaria nº 750 (BRASIL, 2006) inclui na Tabela de Equipamentos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) a categoria de Equipamento de Odontologia. Esta categoria é composta pelos itens: Equipo Odontológico Completo⁸, Compressor Odontológico, Fotopolimerizador, Caneta de Alta Rotação, Caneta de Baixa Rotação, Amalgamador e Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato.

A Portaria nº 2.371 (BRASIL, 2009) institui, no âmbito da PNAB o componente móvel da atenção à Saúde Bucal. Este será desenvolvido por intermédio de Unidades Odontológicas Móveis (UOM). São consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por eSB vinculadas às eSF. São compostas por: veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal e equipado com cadeira odontológica completa, kit de peça de mão contendo caneta de alta e baixa rotação, aparelho de RX-periapical, compressor odontológico, aparelho amalgamador, aparelho fotopolimerizador, autoclave, instrumentais e materiais permanentes odontológicos - conforme relação constante no anexo desta portaria; e equipe da ESF com Saúde Bucal Modalidade I ou Modalidade II que operara a Unidade. O veículo e os equipamentos listados são adquiridos pelo Ministério da Saúde e cedidos aos respectivos gestores municipais do SUS mediante Termo de Doação definido pela legislação em vigor e as diretrizes e parâmetros estabelecidos pela presente Portaria, sendo que os instrumentais e materiais permanentes de que trata o deverão ser adquiridos e instalados pelo gestor municipal do SUS. Os recursos humanos necessários para a implementação destas equipes é de responsabilidade do gestor municipal do SUS. Esta portaria também cria incentivo financeiro para implantação das UOM no valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais), a ser repassado em parcela única para os municípios, e cria o incentivo financeiro para custeio das UOM no valor de R\$ 4.680,00 (quatro mil e seiscentos e oitenta reais) mensais por UOM, sendo que o início do repasse mensal ocorre após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo MS após a

⁸ O termo equipo odontológico inclui itens como: cadeira odontológica (local onde o paciente senta para a consulta odontológica), refletor de luz, cuspidora, sugador de fluidos e mesa clínica (local onde é acoplada as canetas de alta e de baixa rotação). Na prática, um equipo pode significar uma cadeira odontológica completa, com todos os recursos disponíveis e acoplados entre si para o atendimento ao paciente. Para funcionar, precisa estar ligada a rede elétrica, encanamento de água e esgoto, além de compressor odontológico. Um compressor odontológico faz funcionar, geralmente, uma cadeira odontológica completa, mas dependendo de sua potência, pode estar conectado a duas ou mais.

demonstração, pelo município, do cadastramento da UOM e da equipe de ESF com Saúde Bucal Modalidade I ou Modalidade II no SCNES. O repasse será descontinuado no caso de ser comprovado por meio dos sistemas de informação, por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS qualquer uma das seguintes situações:

- a) ausência, por um período superior a 90 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes;
- b) descumprimento da carga horária estabelecida para os profissionais conforme a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006;
- c) ausência de UOM cadastrada para o trabalho das equipes; e
- d) ausência de qualquer um dos equipamentos doados pelo MS.

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

dois equipos odontológicos (um para uso do técnico em saúde bucal caso haja espaço físico adequado para a instalação do segundo equipo e seja aprovado pelo gestor municipal e estadual)⁹.

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

O quadro 1 apresenta uma síntese dos requisitos necessários à incorporação de eSB após a implementação das equipes de Saúde da Família (eSF).

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

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

Fonte: Portaria nº 648 (BRASIL, 2006).

⁹ Disponível em: <dab.saude.gov.br/cnsb/atenção_basica.php>. Acesso em: 20 fev 2012.

2.3.5 Financiamento

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite (BRASIL, Portaria 2.488, 2011). No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o bloco de financiamento de atenção básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de atenção básica descritas na RENASES e nos planos de saúde do município e do Distrito Federal. Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo. Todos os dados deste parágrafo e demais informações estão contidos na Portaria 2.488 (BRASIL, 2011)

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.599 (BRASIL, 2011) defini os valores de Incentivo Financeiro das Equipes de Saúde Bucal nas Modalidades I e II segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. Para as eSB na Modalidade I são transferidos R\$ 2.100,00 (dois mil e cem reais) a cada mês por equipe, e para as eSB na Modalidade II são transferidos R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) a cada mês, por equipe. Não é objetivo desta monografia relatar todas as formas de financiamento e incentivos financeiros das equipes de Saúde Bucal. Estes dados foram citados no trabalho para que o leitor possa perceber que existem incentivos financeiros para os municípios implementarem e permanecerem com a eSB atuando para alterar o modelo de atenção tradicional para a nova Política de Atenção Básica.

A Portaria nº 3.839 (BRASIL, 2010) defini que os municípios ou Distrito Federal, fazem jus ao recebimento do incentivo financeiro, no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) mensais por equipe, desde que obrigatoriamente possuam profissionais médicos com registro de especialista em Medicina de Família e Comunidade junto ao Conselho Federal de Medicina ou sua instância regional. Analisando esta portaria, o Ministério da Saúde demonstra a preocupação com a qualidade dos serviços prestados por meio de profissionais especialistas e estimula a valorização dos profissionais. Também abre a oportunidade para que os Cirurgiões-Dentistas integrantes da eSB na ESF possam ser contemplados com este incentivo

futuramente, pois na especialização promovida pela Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) há vagas para odontólogos integrantes da ESF.

2.4 PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL E POPULAÇÃO COBERTA

O governo federal está propiciando cursos gratuitos de qualificação aos profissionais de saúde que atuam na rede pública de saúde através de curso de Especialização em Saúde da Família. O Decreto Presidencial 7.385 (BRASIL, 2010), publicado no Diário Oficial da União, institui o sistema Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS). Este utiliza tecnologias de educação à distância o que minimiza a necessidade de deslocamento do profissional da sua cidade ou região. Isso tudo para qualificar os profissionais que realizam atendimento na atenção básica do país.

2.4.1 Profissionais da área de saúde bucal

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

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

A forma de contratação depende de cada município. O profissional pode ser admitido pelo regime estatutário municipal ou pelo regime da consolidação das leis trabalhistas (CLT). Essa informação estará explícita no edital do concurso público. A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais para todos os profissionais da eSB (BRASIL, Portaria 2.488, 2011).

2.4.1.1 Atribuições do Cirurgião-Dentista

As atribuições do Cirurgião-Dentista conforme a Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011) estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Atribuições do Cirurgião-Dentista

Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal
Realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
Realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Fonte: Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011)

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

Algumas publicações antigas utilizam os termos Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário. Estes termos foram substituídos, respectivamente, pelos termos Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). A regulamentação do exercício das profissões de ASB e TSB foi estabelecida pela Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008) e as competências de atuação de cada profissional estão descritas no quadro 3 e no quadro 4. Tanto o ASB quanto o TSB só poderão atuar sob a supervisão do Cirurgião-Dentista (CD).

Quadro 3 – Competências do Auxiliar em Saúde Bucal

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

Fonte: Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008)

Quadro 4 – Competências do Técnico em Saúde Bucal

Todas as competências do ASB demonstradas no quadro 3
Participar do treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde
Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais
Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador
Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do CD
Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo CD
Supervisionar, sob delegação do CD, o trabalho dos ASB
Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas
Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo CD
Proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares
Remover suturas
Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos
Realizar isolamento do campo operatório
Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o CD em ambientes clínicos e hospitalares

Fonte: Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008)

2.4.2 População coberta

O Ministério da Saúde através da Coordenação Nacional de Saúde Bucal emitiu uma nota técnica sobre a cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde

da Família¹⁰. Nela, a população coberta por uma equipe de Saúde Bucal deve ser de aproximadamente 1.000 famílias (cerca de 3.450 pessoas), pois o trabalho é vinculado à mesma população que a eSF oferece suas ações, e para calcular a porcentagem de cobertura populacional por equipe de Saúde Bucal multiplica-se o número de eSB em determinado local e período por 3.450 e por 100 e, após, divide-se este número pela população no mesmo local e período:

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

A Coordenação Nacional de Saúde Bucal preconiza que uma equipe de Saúde da Família seja vinculada a uma equipe de Saúde Bucal, assim como a Portaria nº 673 (BRASIL, 2003), também permite. O número máximo de eSF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos é calculado pela divisão da população por 2400 (BRASIL, Portaria nº 2.488, 2011). Esta portaria relata que a equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes com jornada de trabalho de 40h semanais. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF. Recomenda-se, também, que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, Portaria 2.488, 2011).

2.5 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

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

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

¹⁰ Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2011.

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

- a) diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- b) periodontia especializada;
- c) cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- d) endodontia; e
- e) atendimento a portadores de necessidades especiais.

A Unidade de Saúde a ser habilitada nas modalidades de CEO e/ou de LRPD deve atender às seguintes condições (BRASIL, Portaria nº 599, 2006):

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

A proposta deverá contemplar, minimamente, os seguintes elementos (BRASIL, Portaria nº 599, 2006):

- a) identificação do município ou do estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do registro no CNES;
- b) descrição dos serviços que serão ofertados;
- c) demonstração da coerência com o PDR;
- d) identificação da área de abrangência do CEO, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;
- e) emissão de documento, pelos gestores, atestando que atendem aos requisitos estabelecidos no anexo I da Portaria nº 599 (BRASIL, 2006), com prazo de 30 (trinta) dias, a contar do credenciamento do CEO, para providenciar a atualização, caso necessário, dos sistemas de informação relacionados.

Caberá às respectivas CIB encaminhar solicitação de habilitação dos CEO, conforme o fluxo estabelecido, e à Secretaria de Atenção à Saúde a formalização em portaria específica. O não atendimento às condições e características definidas na Portaria nº 599 (BRASIL,

2006) pelos municípios pleiteantes, bem como pelas Unidades de Saúde, a qualquer tempo, implica o descredenciamento da Unidade de Saúde.

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

2.5.1 Modalidades de Centro de Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são classificados em tipo I, tipo II e tipo III (BRASIL, Portaria nº 599, 2006). Destaca-se que: o CEO tipo I deverá ter três consultórios odontológicos completos e três ou mais CD, o CEO tipo II poderá ter de quatro a seis consultórios odontológicos completos e quatro ou mais CD, e o CEO tipo III terá sete ou mais consultórios odontológicos completos e sete ou mais CD atuando. Informações detalhadas encontram-se no quadro 5 que apresenta as características das modalidades de CEO.

Quadro 5 – Características das modalidades de CEO

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

Fonte: Adaptado do Anexo I Portaria nº 599 (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 600 (BRASIL, 2006), institui incentivo financeiro para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciado pelo Ministério da Saúde e destinado ao custeio dos serviços de saúde ofertados. O CEO Tipo I recebe R\$ 79.200,00; O CEO Tipo II recebe R\$ 105.600,00; e o CEO Tipo III recebe R\$ 184.800,00. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores. A mesma portaria define incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada CEO Tipo I; R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CEO Tipo II; e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada CEO Tipo III; credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas.

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

Através da publicação da Portaria Ministerial nº 718 (BRASIL, 2010) poderá ser realizado no CEO os novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). A oferta dos serviços depende da organização dos estados e dos municípios. A ortodontia faz a correção, por meio de aparelhos bucais, do posicionamento dos dentes e da mordida, evitando problemas com dores e desconforto. Já o implante dentário visa à substituição de dentes perdidos. O implante pode substituir um único dente, ou mesmo toda a arcada dentária, através das “overdentures” (dentaduras fixadas na boca por meio de implantes). Com certeza, mais um grande avanço nos serviços oferecidos pelo SUS no Brasil, visto que, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), 35% da população brasileira possui alguma disfunção que necessita de tratamento ortodôntico.

O financiamento para estes tratamentos será repassado diretamente para as secretarias estaduais e municipais de saúde, que fazem a gestão dos centros. Os pagamentos serão liberados de acordo com a produção apresentada pelo município. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464 (BRASIL, 2011). A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEO poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal. Os procedimentos da produção mínima mensal em cada especialidade são identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) com o atributo complementar "Monitoramento CEO".

2.6 LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

A atenção especializada na saúde bucal através do Programa Brasil Sorridente, além da implantação do CEO, tem a implementação de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Este é unidade própria do município ou unidade terceirizada credenciada para confecção de: Prótese Total Mandibular, Prótese Total Maxilar, Prótese Parcial Mandibular Removível, Prótese Parcial Maxilar Removível e Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por elemento).

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

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

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

O gestor municipal ou estadual interessado em credenciar/contratar um ou mais LRPD(s) deve encaminhar a proposta por intermédio de ofício à Área Técnica de Saúde Bucal - Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde. A proposta que trata da implantação do LRPD deverá contemplar, minimamente, os seguintes elementos (BRASIL, Portaria nº 2.373, 2009):

- a) identificação do município ou do estado pleiteante e do Estabelecimento de Saúde, com cópia do CNES;
- b) identificação da área de abrangência do serviço que irá ser ofertado, indicando qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;
- c) descrição dos procedimentos que serão ofertados;
- d) emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado.

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

A Portaria nº 211 (BRASIL, 2011) altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS realizados pelo LRPD segundo critérios estabelecidos pela PNSB. Dessa forma, todos os tipos de próteses dentárias receberão o valor de R\$ 100,00 (cem reais). Além disso, essa mesma portaria definiu que os procedimentos realizados pelos LRPD sejam financiados na forma proposta na Portaria nº 2.373 (BRASIL, 2009) apenas para os municípios que cadastrarem no CNES os estabelecimentos próprios e/ou os privados que foram contratados como LRPD para prestar serviços ao SUS. Ainda, estabelece que o financiamento desses procedimentos seja incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado, do Distrito Federal e dos municípios.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é verificar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente através da distribuição das equipes de saúde bucal nas modalidades I, II e III, e da atenção secundária na odontologia através do CEO e do LRPD.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- Identificar o número de equipes de Saúde Bucal na ESF no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS);
- Identificar a cobertura do Programa Brasil Sorridente por regiões no Brasil;
- Identificar quantos municípios tem equipes de Saúde Bucal na ESF no Brasil e no estado do RS;
- Verificar o número de CEO implantados no Brasil e no estado do RS; e
- Identificar a implementação de LRPD no Brasil e no estado do RS.

4 MÉTODO

O método utilizado neste trabalho foi a pesquisa documental. Realizou-se levantamento de dados publicados nos sites oficiais do governo federal, do Ministério da Saúde, e no site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Retomando o objetivo geral deste trabalho que é verificar a implementação da PNSB Brasil Sorridente através da distribuição das equipes de saúde bucal nas modalidades I, II e III, e da atenção secundária na odontologia através do CEO e do LRPD, neste capítulo apresenta-se os dados encontrados na pesquisa relativo aos objetivos específicos. Estes foram: identificar o número de eSB na ESF no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS), identificar a cobertura do Programa Brasil Sorridente por regiões no Brasil, identificar quantos municípios tem eSB na ESF no Brasil e no estado do RS, verificar o número de CEO implantados no Brasil e no estado do RS, e identificar a implementação de LRPD no Brasil e no estado do RS.

Conforme referido na fundamentação teórica, a odontologia entrou na agenda governamental somente no ano de 2000 através da Portaria nº 1.444 (BRASIL, 2000). Esta estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Contudo, os avanços maiores no setor da odontologia com relação ao SUS ocorreram a partir do ano de 2004 e de 2006 com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (que tem a ESF como forma de nortear as ações e substituir o modelo de atenção tradicional para o modelo de atenção integral) respectivamente. Nesta pesquisa, foram encontrados dados referentes a eSB a partir do ano de 2001 sendo que a atenção secundária na odontologia destacou-se a partir do ano de 2004.

5.1 COBERTURA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

O Brasil tem 5285 municípios com eSF e 4883 municípios com eSB até dezembro de 2011. Considerando que o Brasil possui 5565 municípios, a eSF está implementada em 94,96 % dos municípios brasileiros, e a eSB em 87,74 %. Partindo da análise do vínculo que deve existir entre eSB com eSF, 92,39 % dos municípios que já possuem a eSF atuando tem eSB implementada. Os dados da cobertura da ESF estão demonstrados no quadro 6.

Quadro 6 – Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal no mês de dezembro de 2011

Região	UF	Quantidade de estados	População	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal		
				Nº de municípios com eSF	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Nº de municípios com eSB	Modalidade I	Modalidade II
Centro -Oeste		4	14.058.094	462	2.308	7.479.206	53,2	460	1.513	196
Nordeste		9	53.081.950	1.774	12.732	38.507.530	72,54	1.762	9.687	309
Norte		7	15.864.454	437	2.497	8.075.230	50,9	426	1.496	86
Sudeste		4	80.364.410	1.515	10.304	33.657.872	41,88	1.271	4.503	906
	PR		10.444.526	384	1.822	5.857.983	56,09	347	823	376
	RS		10.693.929	422	1.232	3.903.535	36,5	340	670	20
	SC		6.248.436	291	1.400	4.402.711	70,46	277	800	40
Sul		3	27.386.891	1.097	4.454	14.164.229	51,72	964	2.293	436
Total Brasil		27	190.755.799	5.285	32.295	101.884.067	53,41	4.883	19.492	1.933

Fonte: Adaptado de Histórico Cobertura SF Competência Nacional. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 20 fev. 2012.

A estimativa da proporção de cobertura populacional nacional das equipes de Saúde da Família no Brasil, no mês de dezembro de 2011, é de 53,41%. A região nordeste do país é a que possui a maior proporção de cobertura populacional (72,54%). Portanto, muito acima da média nacional de 53,41%. A região com menor cobertura populacional é a região Sudeste (41,88%). As regiões do país, em ordem decrescente de cobertura populacional são: Nordeste (72,54%), Centro-Oeste (53,2%), Sul (51,72%), Norte (50,9%), e Sudeste (41,88%). Considerando o número de eSF implementadas por região, em ordem decrescente, a seqüência é: Nordeste (12.732), Sudeste (10.304), Sul (4.454), Norte (2.497) e Centro-Oeste (2.308). Sabendo que a implementação de uma eSF está vinculada à população de um território delimitado, esses dados precisam ser avaliados no sentido de cobertura populacional. Quanto menor a cobertura populacional, maior é a necessidade de implementação de novas eSF.

A modalidade I de equipe de Saúde Bucal é a predominante, são 19.492 equipes, contra 1.933 na modalidade II. A modalidade III de eSB é recente e não foram encontrados dados publicados até este momento referente à quantidade de equipes atuando nesta modalidade. Isso pode ocorrer por estar em período de cadastramento e implementação nos municípios. No dia dois de março de 2012, ocorreu a solenidade de entrega de cem Unidades Odontológicas Móveis do programa Brasil Sorridente que fazem parte das metas do Plano Brasil Sem Miséria do governo federal (BRASIL, 2012). Estes veículos foram destinados a municípios que pertencem ao mapa de pobreza distribuídos em dezesseis estados brasileiros. No estado do Rio grande do Sul, os municípios que receberam foram: Herval, Jóia, Piratini, Quevedos, São Miguel das Missões, e Pinheiro Machado.

A região Sul do Brasil apresenta uma proporção de cobertura populacional estimada de equipe de Saúde da Família de 51,72%, ou seja, valor abaixo da proporção de cobertura populacional estimada nacional de 53,41%. Dentre os estados da região Sul, destaca-se o estado de Santa Catarina com a proporção de cobertura populacional estimada de 70,46%, e, em último lugar, o estado do Rio Grande do Sul com a proporção de cobertura populacional estimada de apenas 36,5%. Neste estado, até dezembro de 2011, havia 422 municípios com eSF e apenas 340 municípios com eSB. Considerando que o estado do Rio Grande do Sul tem 496 municípios (IBGE, 2011), a eSF está em 85,08 % dos municípios e a eSB está em 68,54 % dos municípios gaúchos. Ainda vale ressaltar a disparidade no número de equipes: na modalidade I estão implementadas 670 equipes e na modalidade II, 20 equipes.

A evolução da Estratégia de Saúde da Família está disponível no site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Acessando o histórico de cobertura da Saúde da Família, pode-se refinar a pesquisar por competência nacional, regional e estadual. Há dados disponíveis desde o ano de 1998 até os dias atuais. Contudo, as equipes de Saúde Bucal apresentam dados a partir do ano de 2001. No quadro 7, verifica-se a evolução anual por competência nacional e referência o mês de dezembro de cada ano.

Quadro 7 – Evolução de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal competência nacional

Ano	População	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal		
		Nº de municípios com eSF	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Nº de municípios com eSB	Modalidade I	Modalidade II
							Implantadas	Implantadas
2001	172.385.826	3.682	13.155	43.829.910	25,43	1.288	2.002	246
2002	172.385.826	4.161	16.698	54.932.215	31,87	2.302	3.819	442
2003	174.648.205	4.488	19.068	62.339.523	35,69	2.787	5.631	539
2004	177.243.280	4.664	21.232	69.104.532	38,99	3.184	8.234	717
2005	177.256.093	4.986	24.564	78.617.526	44,35	3.897	11.717	886
2006	185.619.807	5.106	26.729	85.734.139	46,19	4.285	14.019	1.067
2007	188.206.105	5.125	27.324	87.748.414	46,62	4.294	14.563	1.131
2008	188.206.105	5.235	29.300	93.178.011	49,51	4.597	16.423	1.384
2009	189.681.859	5.251	30.328	96.140.711	50,69	4.717	17.465	1.517
2010	191.575.774	5.294	31.660	100.068.661	52,23	4.830	18.731	1.693
2011	190.755.799	5.285	32.295	101.884.067	53,41	4.883	19.492	1.933

Fonte: Elaborado pela autora¹¹. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 31 mar. 2012.

No estado do Rio Grande do Sul, a evolução da Estratégia de Saúde da Família está especificado no quadro 8. Tem o mês de dezembro de cada ano como referência, e os dados especificados são a partir do ano de 2001, pois é a partir desse ano que os dados de saúde bucal começam a ser relatados nesta fonte de pesquisa.

Quadro 8 – Evolução de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal no estado do Rio Grande do Sul

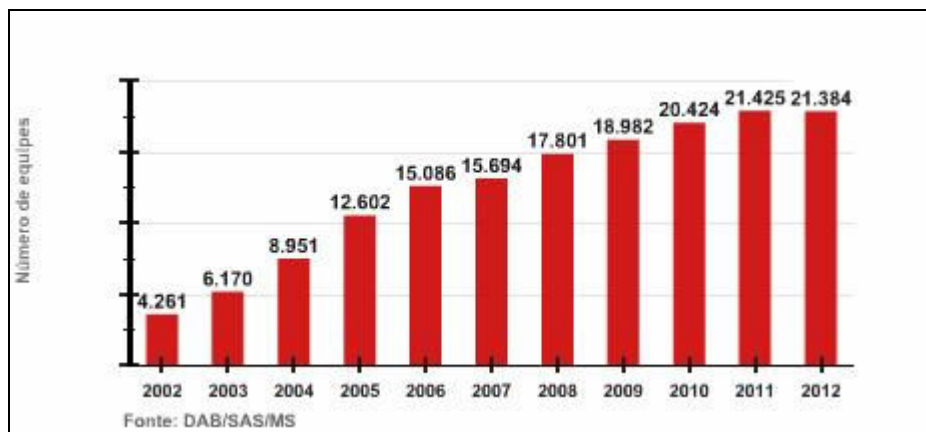
Ano	População	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal		
		Nº de municípios com eSF	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Nº de municípios com eSB	Modalidade I	Modalidade II
							Implantadas	Implantadas
2001	10.309.819	169	303	965.908	9,37	14	15	0
2002	10.309.819	241	470	1.483.398	14,39	78	87	4
2003	10.408.540	306	615	1.945.292	18,69	130	164	3
2004	10.521.033	362	843	2.688.256	25,55	218	309	9
2005	10.521.033	382	939	2.983.151	28,35	266	411	6
2006	10.860.864	394	1.040	3.310.584	30,48	295	482	14
2007	10.978.996	397	1.069	3.406.334	31,03	295	499	13
2008	10.978.996	413	1.161	3.718.954	33,87	320	583	18
2009	10.855.838	416	1.193	3.846.403	35,43	322	618	18
2010	10.914.752	420	1.210	3.886.126	35,6	331	650	16
2011	10.693.929	422	1.232	3.903.535	36,5	340	670	20

Fonte: Elaborado pela autora¹². Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 31 mar. 2012.

¹¹ Quadro elaborado pela autora com base nas informações disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 31 mar. 2012.

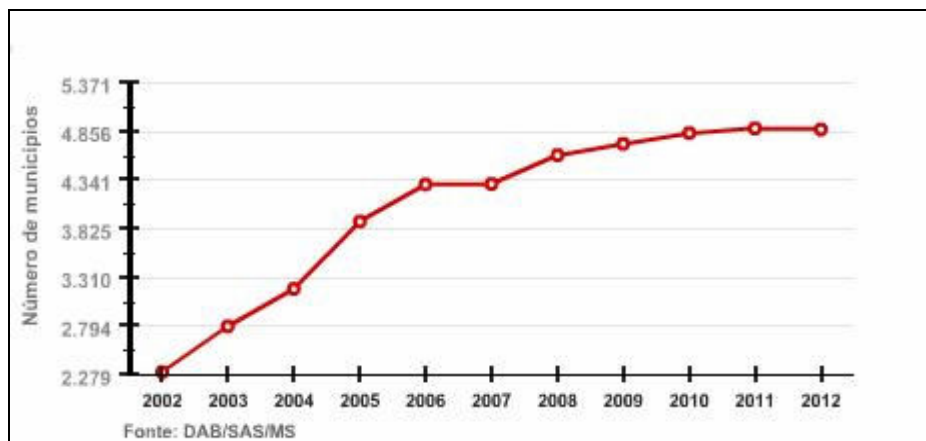
A sala de situação em saúde do Ministério da Saúde disponibiliza informações como o histórico de cobertura do Brasil Sorridente. A figura 1 apresenta a evolução do número de equipes de saúde bucal implantadas até fevereiro de 2012, e a figura 2 disponibiliza informações sobre a evolução do número de municípios atendidos pelo Brasil Sorridente.

Figura 1- Número de equipes de Saúde Bucal implantada até fevereiro de 2012



Fonte: Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde – Brasil Sorridente. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 mar 2012.

Figura 2 – Número de municípios atendidos com o Brasil Sorridente até fevereiro de 2012



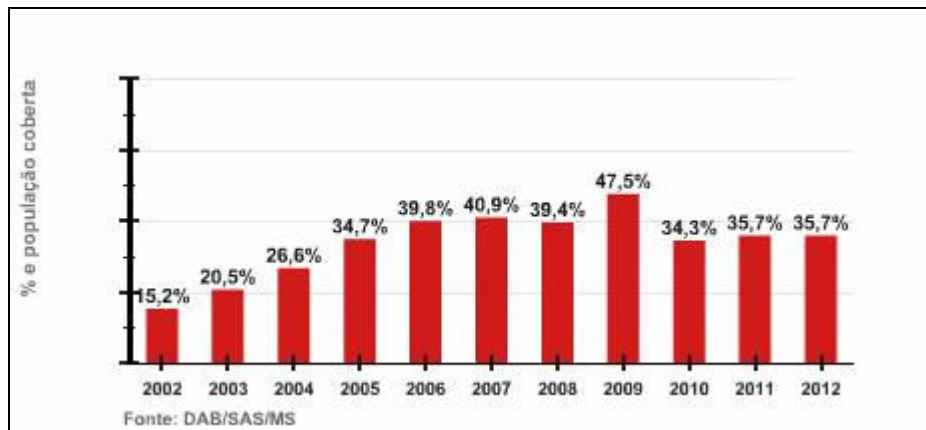
Fonte: Sala de Situação em Saúde – Brasil Sorridente. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 mar 2012.

A partir do ano de 2004 houve um aumento significativo no número de equipes de Saúde Bucal, e, também, no número de municípios atendidos com o Brasil Sorridente. Em

¹² Quadro elaborado pela autora com base nas informações disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 31 mar. 2012.

consequência, ampliação da cobertura populacional do Brasil Sorridente como se verifica na figura 3 que demonstra a cobertura populacional até fevereiro de 2012.

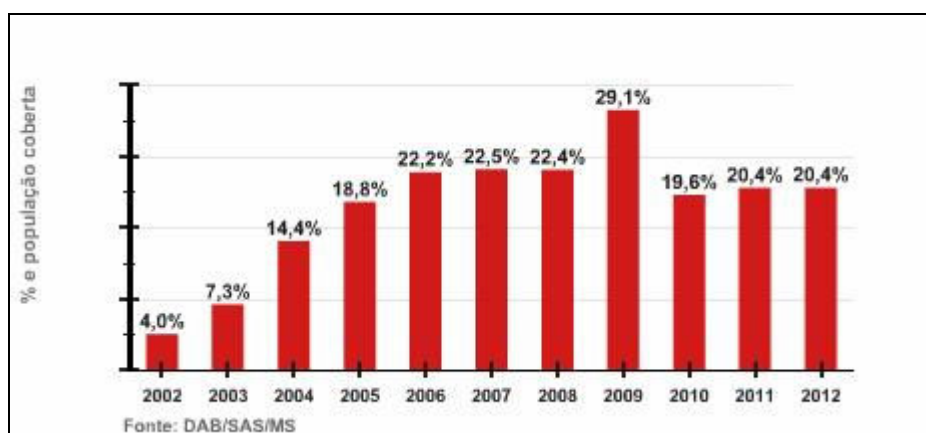
Figura 3 – Cobertura Populacional do Brasil Sorridente até fevereiro de 2012



Fonte: Sala de Situação em Saúde – Brasil Sorridente. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 mar 2012.

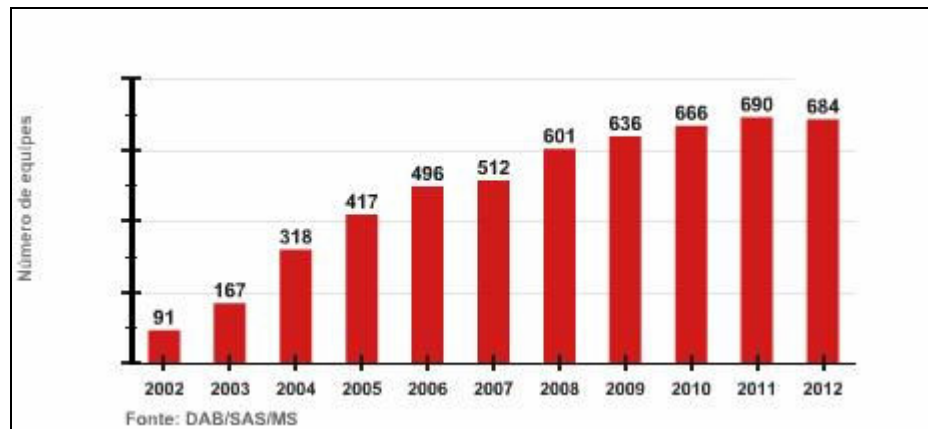
A cobertura populacional do Brasil Sorridente no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012 está relatada na figura 4. A figura 5 apresenta a evolução do número de equipes de saúde bucal implementadas até fevereiro de 2012, e a figura 6 apresenta a evolução do número de municípios atendidos no estado.

Figura 4 - Cobertura populacional do Brasil Sorridente no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012



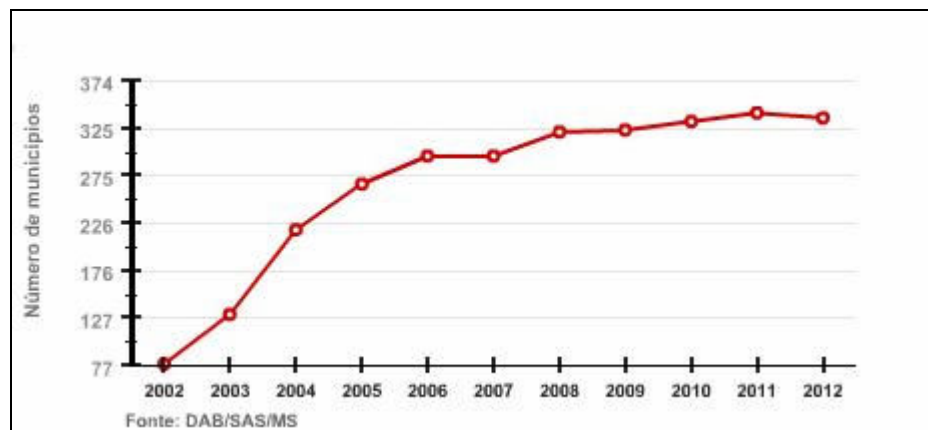
Fonte: Sala de Situação em Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 mar 2012.

Figura 5 - Número de equipes de Saúde Bucal implantadas no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012.



Fonte: Sala de Situação em Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 mar 2012.

Figura 6 - Número de municípios atendidos no estado do Rio Grande do Sul até fevereiro de 2012



Fonte: Sala de Situação em Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 mar 2012.

5.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

A sala de situação do Ministério da Saúde apresenta dados sobre o CEO. Pode-se verificar a evolução do número de CEO no Brasil desde o ano de 2004, figura 7.

Figura 7 - Número de CEO no Brasil

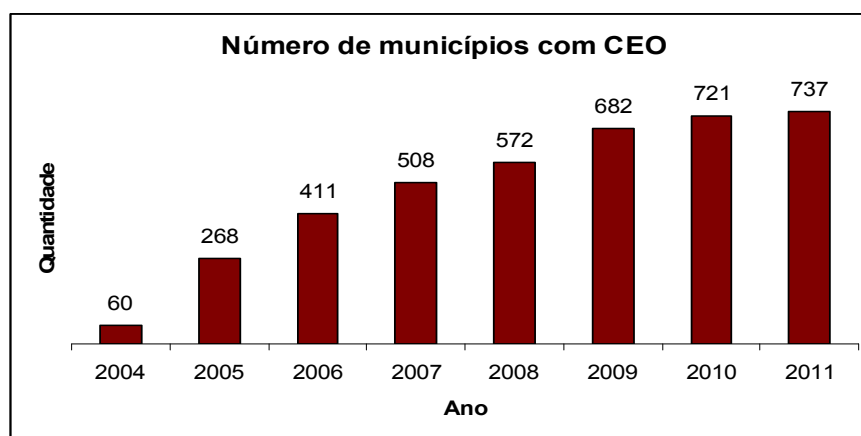


Fonte: Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde¹³. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>.

Acesso em: 31 mar 2012.

Acompanhando a evolução do número de CEO, amplia-se o número de municípios com a atenção secundária na odontologia. A figura 8 relata a evolução significativa que ocorreu a partir do ano de 2004.

Figura 8 - Número de municípios com CEO no Brasil



Fonte: Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde¹⁴. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>.

Acesso em: 31 mar 2012.

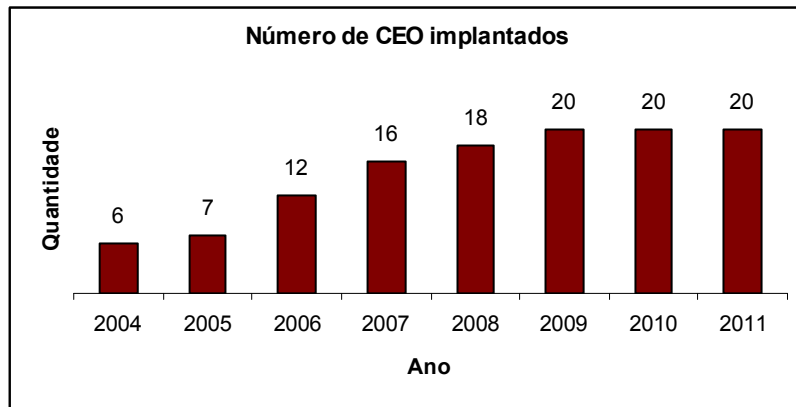
A atenção secundária em odontologia através do CEO ainda é baixa. Está presente em 13,24% dos municípios brasileiros. Vários fatores podem interferir neste valor: custo de manutenção dos serviços, falta de observação aos critérios de inclusão/exclusão dos estabelecimentos e da forma de financiamento, e o critério de referência. Entretanto, é importante destacar a evolução do número de estabelecimentos ao longo dos anos

¹³ Gráfico criado pela autora do trabalho através das informações disponíveis na Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde.

¹⁴ Gráfico criado pela autora do trabalho através das informações disponíveis na Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde.

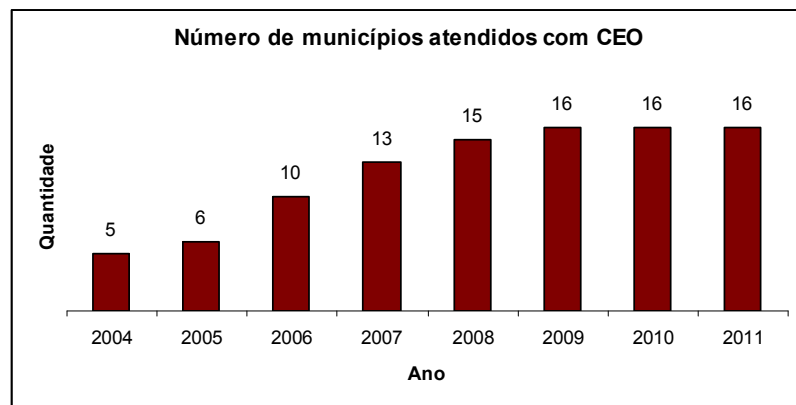
consolidando a atenção secundária na odontologia. O estado do Rio Grande do Sul possui apenas 20 CEO distribuídos em 16 municípios, ou seja, 3,2% dos municípios gaúchos conforme demonstra as figuras 9 e 10, respectivamente.

Figura 9 – Número de CEO implantados no estado do Rio Grande do Sul até dezembro de 2011



Fonte: Elaborado pela autora¹⁵. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em 31 mar 2012.

Figura 10 – Número de municípios com CEO implantados no estado do Rio Grande do Sul até dezembro de 2011



Fonte: Elaborado pela autora¹⁶. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em 31 mar 2012.

Os municípios com CEO implantados no estado do Rio Grande do Sul até dezembro de 2011 estão relatados no quadro 9. Os municípios atendidos com CEO Tipo I são: Alvorada, Bagé, Cachoeirinha, Canoas, Ijuí, Lajeado, Montenegro, Panambi, Santiago, Santo Ângelo,

¹⁵ Figura elaborada pela autora deste trabalho com base de dados disponíveis em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em: 31 mar 2012.

¹⁶ Figura elaborada pela autora deste trabalho com base de dados disponíveis em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em: 31 mar 2012.

São Borja, Uruguaiana; e com CEO Tipo II: Canguçu, Caxias do Sul, Porto Alegre, e Santa Maria.

Quadro 9 - Cidades que possuem CEO no estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO	TIPO DE CEO	PORTARIA CREDENCIAMENTO	PORTARIA ANTECIPAÇÃO	PORTARIA CREDENCIAMENTO DIRETO
ALVORADA	1	81 GM 10/01/07	680 GM 30/03/06	-
BAGÉ	1	-	-	2192 GM 08/10/04
CACHOEIRINHA	1	721 GM 04/04/07	87 GM 16/01/06	-
CANGUÇU	2	118 GM 19/01/06	2129 GM 04/11/05	-
CANOAS	1	-	-	1382 GM 12/06/07
CAXIAS DO SUL	2	-	-	770 SAS 23/12/04
IJUÍ	1	2394 GM 06/10/06	117 GM 19/01/06	-
IJUÍ	1	3242 GM 22/12/09	-	-
LAJEADO	1	2014 GM 22/08/07	680 GM 30/03/06	-
MONTENEGRO	1	2394 GM 06/10/06	118 GM 19/01/06	-
PANAMBI	1	-	-	2192 GM 08/10/04
PORTO ALEGRE	2	-	-	770 SAS 23/12/04
PORTO ALEGRE	2	-	-	770 SAS 23/12/04
PORTO ALEGRE - UFRGS - PAM IAPI	2	1382 GM 12/06/07	117 GM 19/01/06	-
PORTO ALEGRE - UFRGS - SEDE	2	81 GM 10/01/07	117 GM 19/01/06	-
SANTA MARIA	2	225 GM 12/02/08	2443 GM 12/12/05	-
SANTIAGO	1	2757 GM 18/11/08	118 GM 19/01/06	-
SANTO ÂNGELO	1	2757 GM 18/11/08	117 GM 19/01/06	-
SÃO BORJA	1	2376 GM 07/10/09	82 GM 10/01/07	-
URUGUAIANA	1	-	-	2192 GM 08/10/04

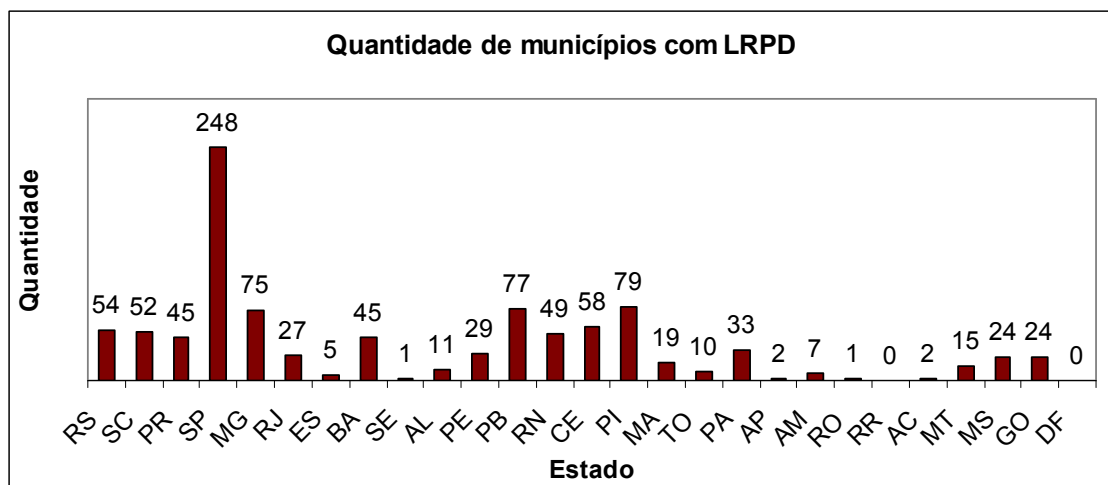
Fonte: Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades/CEO_RS.php>. Acesso em: 21 fev. 2012.

5.3 LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

Os gestores municipais/estaduais devem estar atentos às mudanças na assistência odontológica. Através de portarias, são habilitados os LRPD, tendo como principal objetivo a consolidação da atenção secundária a saúde em odontologia no que se refere à reabilitação através de próteses dentárias. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, revela que a demanda por próteses dentais é grande nos serviços odontológicos públicos e privados. Entre os adolescentes, 13% necessitam próteses parciais.

Nos adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 69% dos casos. Em idosos de 65 a 74 anos, 23% necessitam de prótese total em pelo menos um arco dentário e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, no arco superior e no arco inferior. De forma geral, há um contingente de mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um arco dentário e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial. Em vista disso, proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador é fundamental. O site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal no Ministério da Saúde apresenta um link que direciona para a pesquisa de cidades que possuem LRPD. Para uma pesquisa mais detalhada, é necessário clicar em cada estado e verificar os municípios atendidos. Estes dados foram compilados e são apresentados na figura 11. O país apresenta 992 municípios com LRPD.

Figura 11 – Quantidade de municípios por estado brasileiro que possuem Laboratório Regional de Prótese Dentária



Fonte: Elaborado pela autora. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/cidades_atendidas.php>. Acesso em 31 mar 2012.

O estado do Rio Grande do Sul tem 54 municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária. A descrição deles e a produção mensal estimada estão relatadas no quadro 10.

Quadro 10 - Cidades que possuem LRPD no estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO	PORTARIA	RECURSO ANUAL (R\$)	RECURSO MENSAL (R\$)	PRODUÇÃO MENSAL ESTIMADA	GESTÃO
ALVORADA	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011) GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
AMETISTA DO SUL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
BAGÉ	GM 870 (19/04/2010) GM 1172 (19/05/2011)	112.400,00	9.366,67	94	ESTADUAL
CAIÇARA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
CANUDOS DO VALE	GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
CATUÍPE	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
CAXIAS DO SUL	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011)	53.360,00	4.446,67	44	MUNICIPAL
CHIAPETTA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
CORONEL BARROS	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
CRISTAL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
CRUZEIRO DO SUL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
DOUTOR MAURÍCIO CARDOSO	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
ENTRE-IJUÍ	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
EUGÊNIO DE CASTRO	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
GARRUCHOS	GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
GUARANI DAS MISSÕES	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
IJUÍ	GM 40 10/01/12	180.000,00	15.000,00	150	ESTADUAL
INDEPENDÊNCIA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
INHACORÁ	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
ITATI	GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
JÓIA	GM 2071 (23/07/2010)	36.000,00	3.000,00	30	ESTADUAL
LAVRAS DO SUL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
MAMPITUBA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
MATO QUEIMADO	GM 1172 (19/05/2011) GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
MONTENEGRO	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
MOSTARDAS	GM 870 (19/04/2010)	36.000,00	3.000,00	30	ESTADUAL
NONOAI	GM 870 (19/04/2010) GM 1172 (19/05/2011)	38.000,00	3.166,67	32	ESTADUAL
NOVA CANDELÁRIA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
NOVA ESPERANÇA DO SUL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
NOVO MACHADO	GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
PANAMBI	GM 2375 (07/10/2009) GM 4262 (30/12/2010) GM 1172 (19/05/2011)	48.200,00	4.016,67	40	MUNICIPAL
PELOTAS	GM 2375 (07/10/2009)	1.240,00	103,33	1	MUNICIPAL

	GM 1172 (19/05/2011)				
PLANALTO	GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
PORTO ALEGRE	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011)	81.640,00	6.803,33	68	MUNICIPAL
PORTO MAUÁ	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
PORTO XAVIER	GM 1172 (19/05/2011) GM 2170 (12/09/2011) GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	MUNICIPAL
ROQUE GONZALES	GM 1172 (19/05/2011) GM 2893 (7/12/2011)	27.240,00	2.270,00	23	ESTADUAL
SANTA MARIA	GM 2071 (23/07/2010)	36.000,00	3.000,00	30	ESTADUAL
SANTA ROSA	GM 1172 (19/05/2011)	6.280,00	523,33	5	MUNICIPAL
SANTIAGO	GM 870 (19/04/2010)	36.000,00	3.000,00	30	ESTADUAL
SANTO ÂNGELO	GM 1172 (19/05/2011) GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SÃO BORJA	GM 2071 (23/07/2010) GM 1172 (19/05/2011)	46.840,00	3.903,33	39	MUNICIPAL
SÃO JOÃO DA URTIGA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SÃO JOSÉ DO HERVAL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SÃO MARCOS	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	MUNICIPAL
SÃO MARTINHO	GM 2071 (23/07/2010)	36.000,00	3.000,00	30	ESTADUAL
SÃO PEDRO DO SUL	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SEGREDO	GM 2893 (7/12/2011)	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SERAFINA CORRÊA	GM 2170 (12/09/2011)	36.000,00	3.000,00	30	MUNICIPAL
SÉRIO	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SETE DE SETEMBRO	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
SEVERIANO DE ALMEIDA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
TEUTÔNIA	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL
TUPARENDI	GM 40 10/01/12	60.000,00	5.000,00	50	ESTADUAL

Fonte: Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades_lrp/LAB_RS.php>. Acesso em 21 fev. 2012.

6 CONCLUSÃO

É necessário incentivar ainda mais a reorganização da atenção à Saúde Bucal na atenção básica, por meio das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família ampliando o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal. Dessa forma, melhorar os índices epidemiológicos em Saúde Bucal da população brasileira, bem como a necessidade de ampliação da resolubilidade das ações básicas de Saúde Bucal, buscando a integralidade da assistência contribuindo para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, aumento da autoestima, melhoria da qualidade de vida e melhora constante nos indicadores de saúde.

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

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

Essa política tem promovido a reorganização das práticas e da rede de atenção à saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de atenção básica em saúde bucal,

principalmente por meio das eSB na ESF e da atenção especializada em saúde bucal através do Centro de Especialidades Odontológicas e do Laboratório Regional de Prótese Dentária, pautando-se nos princípios e diretrizes do SUS.

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

Há três modalidades de implementação de eSB. Na modalidade I há um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal; na modalidade II, acrescenta-se aos recursos humanos, o técnico em saúde bucal; e na modalidade III são os profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. O número de eSB implementadas na modalidade I é muito superior ao número de equipes na modalidade II.

Em dezembro de 2011, a eSF estava implementada em 94,96 % dos municípios brasileiros, e a eSB em 87,74 %. Partindo da análise do vínculo que deve existir entre eSB com eSF, 92,39 % dos municípios que já possuem a eSF atuando tem eSB implementada. A estimativa da proporção de cobertura populacional nacional das eSF no Brasil no mês de dezembro de 2011 é de 53,41%. A região nordeste do país é a que possui a maior proporção de cobertura populacional (72,54%). Portanto, muito acima da média nacional de 53,41%. A região com menor cobertura populacional é a região Sudeste (41,88%).

A modalidade I de equipe de Saúde Bucal é a predominante, são 19.492 equipes, contra 1.933 na modalidade II. A modalidade III de eSB é recente e não foram encontrados dados publicados até este momento referente à quantidade de equipes atuando nesta modalidade. Isso pode ocorrer por estar em período de cadastramento e implementação nos municípios.

A região Sul do Brasil apresenta uma proporção de cobertura populacional da eSF estimada de 51,72%, ou seja, valor abaixo da proporção de cobertura populacional estimada nacional de 53,41%. Dentre os estados da região Sul, destaca-se o estado de Santa Catarina com a proporção de cobertura populacional estimada de eSF de 70,46%, e, em último lugar, o estado do Rio Grande do Sul com a proporção de cobertura populacional estimada de apenas 36,5%.

A atenção especializada desenvolvida no CEO está implementada em 16 municípios do estado do Rio Grande do Sul, totalizando 20 CEO, e o LRPD está implementado em 54 municípios no estado. O Brasil Sorridente é um importante avanço na saúde pública brasileira, mas ainda há muito por fazer para alcançar, de fato, a atenção integral e melhorar os índices de saúde bucal, qualidade de vida e bem-estar.

Conforme referido na fundamentação teórica, a odontologia entrou na agenda governamental somente no ano de 2000 através da Portaria nº 1.444 (BRASIL, 2000). Esta estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Contudo, os avanços maiores no setor da odontologia com relação ao SUS ocorreram a partir do ano de 2004 e de 2006 com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (que tem a ESF como forma de nortear as ações e substituir o modelo de atenção tradicional para o modelo de atenção integral) respectivamente. Nesta pesquisa, foram encontrados dados referentes a eSB a partir do ano de 2001 sendo que a atenção secundária na odontologia destacou-se a partir do ano de 2004.

As condições gerais e o fluxo de credenciamento para o CEO e o LRPD foi alterada pela Portaria nº 2.373 (BRASIL, 2009). Assim, o gestor poderá credenciar como CEO e LRPD quantos estabelecimentos forem necessários para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitado à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde. O gestor, também, poderá credenciar CEO e LRPD com recursos próprios. O gestor municipal e o estadual interessados em implantar CEO ou em credenciar algum estabelecimento de saúde deverá apresentar sua proposta à CIB do respectivo estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo I, CEO Tipo II ou CEO Tipo III. Nesta pesquisa, não foram encontrados dados específicos referentes à quantidade de CEO Tipo III e ao número de cidades atendidas com CEO Tipo III. O estado do Rio Grande do Sul não possui nenhum CEO Tipo III credenciado.

No ciclo de políticas públicas, após a implementação, as etapas seguintes são: o monitoramento, a avaliação e os ajustes necessários. Dessa forma, conhecer as condições de

saúde bucal da população brasileira através de levantamentos epidemiológicos é extremamente relevante para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao SUS. Também é necessário manter uma base de dados eletrônicos para o componente de vigilância à saúde e para uma correta avaliação das ações e dos serviços.

No decorrer do levantamento bibliográfico deste trabalho, verificou-se que existem várias portarias que regulamentam os incentivos e os recursos financeiros. Algumas são substituídas no todo ou em partes por novas portarias, e para uma correta revisão bibliográfica sobre estes itens seria necessário mais tempo. Além disso, não teria como escrever sobre o financiamento da eSB sem entrar em detalhes na ESF. Isto é um assunto para ser desenvolvido em outro trabalho.

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

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

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

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

se sobre os assuntos mais recentes e ainda não publicados na Internet ou que necessitam de senha de acesso.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3066_23_12_08.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2011.

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

BRASIL. **Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_2371_07_10_09.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.839, de 7 de dezembro de 2010.** Estabelece incentivo para equipes de Saúde da Família que contem com profissionais certificados para atuação na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/prt3839_07_12_2010.html>. Acesso em: 21 abr. 2011.

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

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

BRASIL. **Portaria nº 211, de 23 de maio de 2011.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria211_13_05_11.pdf>. Acesso em 25 fev. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011.** Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1464_24_06_11.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.599, de 9 de julho de 2011.** Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Nota técnica.** Assunto: **Portaria 718/SAS.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nt_portaria%20718.pdf>. Acesso em: 24 mar 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cidades Atendidas. **Centro de Especialidades Odontológicas no estado do Rio Grande do Sul.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades/CEO_RS.php>. Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cidades Atendidas. **Cidades que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no estado do Rio Grande do Sul.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades_lrp/LAB_RS.php>. Acesso em 21 fev. 2012

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Entrega de 100 Unidades Odontológicas Móveis do Programa Brasil Sorridente.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/100_UOMs_site.pdf>. Acesso em: 31 mar 2012.

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Unidade geográfica: Brasil. Competência: Dezembro 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 20 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS passa a oferecer novos tratamentos odontológicos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12502>. Acesso em: 03 maio 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Escola Nacional de Administração Pública. **Estratégia de Saúde da Família conquista o 1º lugar no 15º Inovação**. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1379>. Acesso em: 02 maio 2011.

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

CURITIBA. Secretaria da Saúde de Curitiba. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Centro de Informações em saúde, Curitiba, 2004, p.100.

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

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

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

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

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

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados do Censo 2010**. Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

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

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

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

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

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

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