



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO – CDSA
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO NO CAMPO – UAEDUC
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

FÁBIO PAULINO DE AMORIM

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DE SUMÉ - PB**

**SUMÉ-PB
2013**

FÁBIO PAULINO DE AMORIM

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DE SUMÉ - PB**

Artigo científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade de Educação do Centro de Desenvolvimento Sustentável, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) **Kelly Cristina Costa Soares**.

SUMÉ-PB

2013

A524i Amorim, Fábio Paulino.

Implementação de políticas públicas de saúde bucal no município de Sumé – PB. / Fábio Paulino Amorim. - Sumé - PB: [s.n], 2013.

25 f; tab.

Orientador: Professora Dra Kelly Cristina Costa Soares.

Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnólogo) – Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Unidade Acadêmica de Educação do Campo; Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública.

1. Políticas públicas. 2. Saúde bucal. 3. Gestão Pública.
4. Constituição Federal I. Título.

CDU: 32:35(045)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO

Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (T.C.C.)

No dia 30 de abril de 2013, às 17 h: 30 min, realiza-se a defesa pública do Artigo Científico de Conclusão do Curso de Tecnologia Superior em Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA), Campus de Sumé-PB, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCCG) do Aluno(a) Fábio Paulino de Amorim, intitulado: "Implementação de Políticas Públicas de Saúde Bucal no Município de Sumé - PB".

BANCA EXAMINADORA:

1. Kelly Cristina Costa Sousa Nota (7,5)
Prof. Orientador(a)

2. José Invaldo Nota (7,5)
Prof. Examinador(a)

3. [Assinatura] Nota (7,5)
Prof. Examinador(a)

Nota Final (Média) Média (7,5)

Aprovada em 30 de abril de 2013
Sumé-PB

RESUMO

Este estudo visa proporcionar uma discussão sobre como as políticas públicas de Saúde Bucal formulada pelo Governo Federal e implementadas pelos governos municipais vêm assegurando os direitos dos cidadãos. Diante desta perspectiva, será mostrado o modelo assistencial de saúde no Município de Sumé – PB, empreendendo uma análise de atuação dessa política. A expressão do conhecimento e o posicionamento frente às políticas públicas retratam-se a saúde bucal de modo temporal desde o seu histórico até o caminho que o serviço de saúde percorreu para uma plena consolidação e efeitos desejáveis em benefício de cada cidadão. Nesse sentido, buscou-se discutir as ações que levaram a implementação da saúde bucal na agenda dos governos federal e municipal. Para isso, enfatizam-se os seguintes fatores: o reconhecimento da profissão de odontologia, a Reforma Sanitária no Brasil, elaboração da Constituição Federal de 1988, criação do Sistema Único da Saúde – SUS, Agentes Comunitários de Saúde – ACS e o Programa Saúde da Família e Brasil Sorridente. Os resultados encontrados indicam que os programas de Saúde formulados pelo governo federal e implementados pelos municípios, observando a experiência do Centro de Especialidades Odontológicas – CEOs no município de Sumé-PB, têm proporcionado significativas mudanças na assistência à saúde bucal. O impacto pode ser caracterizado pelo número de procedimentos realizados, podendo ser interpretados como resultados positivos, no que tange a promoção, proteção do bem estar do cidadão, embora ainda se possam visualizar demasiadas fragilidades.

Palavras-Chaves: Políticas Públicas; Saúde Bucal; Constituição Federal.

ABSTRACT

This study aims to provide a discussion on how oral health public policy formulated by the Federal Government and implemented by the municipal governments are ensuring citizens rights. On this perspective, will be shown the health care model in the municipality of Sumé-PB, undertaking an analysis of performance of this policy. The expression of knowledge and the public policy front positioning portray the oral health of temporal mode from your history to the way that the health service has come to a full consolidation and desirable effects for the benefit of every citizen. In that sense, he has been trying to discuss the actions that led to implementation of oral health on the agenda of federal and municipal governments. To do so, emphasize the following factors: the recognition of the profession of dentistry, health reform in Brazil, the Federal Constitution of 1988, the creation of the Single Health System-SUS, community health Agents-ACS and the family health program and Smiling Brazil. The results indicate that the health programmes formulated by the federal Government and implemented by the municipalities, noting the experience of the Dental Specialities Centre-CEOs in the municipality of Sumé, PB, have provided significant changes in oral health care. The impact can be characterized by the number of procedures performed, and can be interpreted as positive results, with respect to promotion, protection of citizens ' well-being, although still can show too many weaknesses.

Key Words: Public Policy. Oral Health. Federal Constitution.

1 INTRODUÇÃO

O principal desígnio deste trabalho é uma formulação analítica de formato documental, considerando as políticas públicas do Governo Federal direcionadas aos Municípios para sua implementação. Permitirá refletir como vem sendo tratada a questão da saúde bucal no Brasil, mais precisamente, nos municípios, observando a experiência do município de Sumé - PB.

A Atenção Básica em Saúde passa a existir a partir das necessidades dos cidadãos e iniciativa do Governo Federal em formular políticas públicas de saúde e ao mesmo tempo compor modos de distribuir os recursos para alocação nos programas de saúde de forma apropriada a atender essas indigências. Atualmente, avanços científicos e tecnológicos são os pilares centrais de mudanças em diversas áreas, entre elas o setor de saúde. O uso desses novos aparatos de conhecimentos incluindo os processos políticos e os princípios de gestão pública são decisivos para um novo paradigma na saúde pública bucal, no que concerne uma melhor qualidade dos serviços e melhoria substancial do acesso da população.

Vale ressaltar na década de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o surgimento do Programa Saúde da Família – PSF e Programa Saúde Bucal, a reorganização do processo de assistência à saúde produz reais transformações no modo de trabalho com profundas mudanças de caráter responsável e humanizado no atendimento a todos os cidadãos, com substancial impacto epidemiológico.

Dessa forma, o propósito do enfoque das políticas públicas direcionadas à saúde bucal é de suma importância, pois, além de evidenciar as influências bucais na saúde sistêmica, se interrelaciona com o atendimento oferecido pelos serviços públicos, frente à incorporação e acesso da população a estes serviços. Portanto, há necessidade do Estado assumir uma política de saúde consequente com um atendimento mais humanizado e integralizado a cada cidadão e associada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios que permitam efetivá-las.

A formulação, implementação e avaliação de políticas públicas no contexto histórico do Brasil impetraram um notório crescimento em programas direcionados à saúde. Os incrementos na Odontologia circunstanciaram o aparecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, com abordagens em tratamentos especializados e

capacidade ampla de transformação conceitual da odontologia dentro da sociedade demonstrada pelo acesso da população a esses serviços.

O propósito de análises das mudanças e a qualidade da atenção à saúde de forma integralizada se tornam imperativo dado à importância da percepção, avaliação e o grau de satisfação da comunidade oferecido pelo serviço público.

2 ABORDAGEM HISTÓRICA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL.

A Constituição de 1988, até mesmo pelo momento político em que ela foi idealizada, tem como objetivo estabelecer um processo de mudança, de recomeço em relação ao que havia sido construído anteriormente, mas principalmente em relação ao que deixou de ser estabelecido até então. A partir dela, passa a existir quase que uma concordância, no sentido de provocar uma construção teórica de avanço social e de constituição de um país justo e digno.

Referenciando os direitos como propósitos fundamentais para a vida, como respeito, tratamento de igualdade e identidade pessoal, e os deveres como proteção e respeito aos outros seres. Nesses termos, as condições mais variadas e a valorização da humanidade encontram-se na noção da cidadania que representa o conjunto de direitos e deveres que um indivíduo tem na sociedade e que vive, ou seja, é a representação máxima dos seres humanos e de suas relações com os outros. Esses valores representam na prática a inspiração da igualdade e da liberdade que representa as responsabilidades do Estado para com os indivíduos, dos indivíduos para com o Estado e dos indivíduos para com os outros.

Por sua vez, o direito a saúde inserido no contexto de suas prerrogativas vai ao encontro dos direitos sociais garantidos pela Constituição. Traduz-se em um direito público subjetivo em que os cidadãos possuem por força constitucionais contra a ação do Estado. Durante a Constituinte de 1987 as responsabilidades do Estado são repensadas a promover a saúde de todos e passa a ser considerada um dever:

“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 a promoção, proteção e recuperação”.

(BRASIL. Constituição Federal de 1988, artigo 196).

Este artigo não se traduz apenas como intenções ou uma declaração, porém, como um direito fundamental do cidadão, que conseqüentemente tem aplicabilidade imediata, isto é, pode e deve ser cobrado. A saúde é um direito inquestionável de todos, porque é resultante de uma vida digna, e é um dever do Estado porque meditado como agente financiador e promotor.

3 FORMULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

O princípio constitucional frente a uma abordagem em que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” reflete nitidamente uma disputa hegemônica de grupo face às políticas de saúde no Brasil. No entanto, um forte arcabouço foi construído numa direção de forças sociais e políticas com foco num modelo assistencial baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, representando em todo contexto o Sistema nacional de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, estabelece os princípios referentes à organização dos serviços, às condições de acesso e qualidade e, ainda, relacionados com a política de recursos humanos (BRASIL, 1986). Este evento reuniu uma gama diversificada de atores sociais de todo o país, resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária, o qual preconizava que a saúde deveria ter uma finalidade do desenvolvimento econômico e social.

Segundo GARCIA; HORTALE, (2004) era essencial que a saúde não fosse concebida como um direito adquirido por meio de contratos e pagamentos de contribuições. Por isso, frente ao esgotamento do modelo assistencial hegemônico, surgem várias propostas alternativas que culminam com a III Conferência Nacional de Saúde (1989), a qual cria o alicerce para a reestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro.

O Sistema Único de Saúde-SUS, criado no Brasil em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, tornaram o acesso gratuito à saúde direito de todo cidadão. Até então, o modelo de atendimento era dividido em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum.

O SUS foi regulamentado em 1990 pelas leis 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, que estabeleceram os princípios organizacionais do sistema.

Com a criação desse sistema, as ações de políticas públicas começam a serem efetivadas e regulamentadas com uma nova ordem social e profundas transformações, desde as transferências intergovernamentais até a implantação dos sistemas de informações. Os princípios como o da descentralização, unificação, hierarquização, regionalização, integralidade, universalidade, equidade, participação popular e controle social constituem os pilares de sustentação de um programa onde toda a sociedade obtivera seus acréscimos.

O SUS, também chamado de “**Lei Orgânica da Saúde**”, é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Assim, no seu artigo 7º estabelece que:

“as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram ao Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”.

Nesse sentido, o marco constitucional obedece ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Desse modo, com o nascente marco regulatório e o pleno conhecimento e adaptações ao sistema, e ao mesmo tempo inserido nestes contextos os municípios brasileiros, foi o grande desafio em presença de uma política que se fundamenta no acesso e melhoria das condições de saúde do povo brasileiro.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde publicou um documento que apresentava diretrizes da política nacional de saúde bucal no qual elencava a organização da saúde bucal no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. Tal processo foi discutido nas coordenações estaduais e em grandes eventos da área. Alguns pressupostos foram observados:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência e incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.

Ademais, alguns princípios foram constituídos para o pleno desenvolvimento dessas ações. Enfatiza-se: a gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, garantindo assim, respostas resolutivas.

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações coloquiais representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios. Sendo assim, um dos feitos da Constituição de 1988, trouxe no seu bojo, o modelo de federalismo e a descentralização das responsabilidades do Estado, passando assim aos governos estaduais e municipais o dever de implementação de políticas públicas.

O Sistema Único de Saúde, por sua vez, é por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – Federal, Estaduais e Municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida (BRASIL, 2003).

O princípio da descentralização, com ênfase na municipalização da saúde, vem sendo cumprido no decorrer da organização do SUS. O município é constitucionalmente o responsável pela gestão de serviços e ações de saúde em seu âmbito de abrangência, com a cooperação técnica e financeira das demais esferas governamentais. Esse processo exige o desenvolvimento de novas competências e capacidades do gestor local e também a redefinição das funções do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde para fazer valer a responsabilidade de coordenação do sistema no âmbito dos estados (BRASIL, 2004).

Almeida; Aihara; Barros (2002), Relatam que o princípio de integralidade, por sua vez, impõe ao SUS a obrigação de cuidar de todas as necessidades da área da saúde, que não se restringe a medicar os doentes ou realizar cirurgias, mas também garantir vacinas à população, atenção aos problemas das mulheres, crianças e idosos, combater doenças, além de oferecer ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos

Conforme Almeida, et alii (2002), a participação da sociedade organizada na administração do SUS, prevista no item III do Artigo 198 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei nº 8.142/90, foi consubstanciada pela formação dos Conselhos e

Conferências de Saúde, que são instâncias colegiadas, permanentes e deliberativas, integrantes das estruturas básicas das Secretarias ou Departamentos de Saúde dos Estados e Municípios. São formados por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários para formulação e controle das políticas de saúde.

Com a implantação do sistema, o número de beneficiados passou de 30 milhões de pessoas para 190 milhões. Atualmente, 80% desse total dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde.

4 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL.

No Brasil, as políticas públicas foram asseguradas e fortalecidas com mais intensidade a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, seguindo os princípios da universalidade, equidade, da gestão descentralizada, integralidade e a participação social, que efetivamente houve um considerável impacto nas organizações dos serviços e mudanças do desenho político antes de sua formulação.

Derivada do grego polis (cidade) a palavra política tem sido empregada para assinalar o conjunto de atividades exercidas sobre a vida coletiva e as reflexões sobre essas atividades e a instituição que as vem desenvolvendo no Estado (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI; 1987).

As ações políticas, segundo Chioro, Almeida e Zioni, (1987) estão estreitamente ligadas ao exercício do poder, ou seja, a capacidade de, em uma relação social um indivíduo ou grupo impor suas vontades aos outros. De acordo com esta perspectiva, aparece a figura do Estado como detentor do poder, do monopólio e acima de tudo a capacidade singular de mediar conflitos na sociedade.

Fazendo uma analogia das políticas públicas de saúde bucal observamos nos anos cinquenta, a odontologia sanitária, movimento que se caracterizou como disciplina de saúde pública com encargo de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral, cuja responsabilidade era atrelada ao dentista sanitário, onde este desenvolvia atividades mais diversas na área da saúde pública.

A Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Saúde Pública – USP e Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, foram as primeiras instituições a implementar atividades programáticas odontológicas no setor público.

Pinto (2000), relatou que o sistema incremental foi a primeira ação organizada de atenção pública, em que uma parcela da população (escolares de sete a doze anos) recebia completo atendimento dental, eliminando suas necessidades acumuladas e em seguida mantendo-os sob controle. O sistema incremental foi um modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos. Frente a este fato, é determinada a distinção da odontologia preventiva, caracterizada por ações preventivas como: fluoretação das águas e aplicação tópica de flúor, e ainda a prática de necessidades curativas. Este sistema odontológico de atendimento a população foi idealizado e iniciado nos Estados Unidos da América e, implantado em 1952 nas cidades de Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES), (CHAVES, 1986).

A partir dos anos 60-70, a odontologia sanitária abre uma lacuna para a expansão da odontologia Preventiva com uma forte dimensão em todo mundo, e até então, inicia-se a criação de disciplinas específicas com essa temática na odontologia.

De acordo com Soares (2007), a Odontologia Sanitária foi o movimento como uma disciplina de saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral sob responsabilidade do dentista sanitário.

A odontologia preventiva é apresentada como meio de ajudar as pessoas a atingir uma saúde oral ótima ao longo de suas vidas. Para atingir este objetivo os profissionais em odontologia devem trabalhar juntos com os seus pacientes para prevenir a recorrência de doenças ou novos agravos.

É plausível comentar o grande paradoxo que sempre existiu entre a odontologia preventiva e curativa, causando uma fragmentação na profissão e com influência no processo ensino-aprendizagem. Portanto, a prevenção em saúde se configura com o processo de ações integradas em face de fundamentações sociais.

Junqueira (2004), nas duas últimas décadas, ocorreram mudanças profundas nos quadros políticos, sociais e econômicos do país. O Brasil reconquistou a democracia e, com isto, o direito de opinar sobre os rumos e diretrizes das políticas públicas, principalmente na área da saúde. Fica evidente quanto ao compromisso de uma gestão

sólida, o valor da formulação, implementação e avaliação das políticas públicas e o poder de transformação na sociedade. Visualizaremos uma solução sustentável na saúde, com constante reformulação da política pública, que tenha por base, proveito de recursos humanos e alocação de recursos econômicos em melhoramentos do sistema por completo.

De acordo com Narvai (2010), o serviço público odontológico também atribuiu prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária, educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos. O foco no avanço das políticas públicas bucal se materializa com o incremento da alta complexidade e profissionalização desse setor, seguindo sob o olhar de um controle social com transparência e expectativas de mudanças qualitativas na saúde bucal.

Com a evolução das práticas no setor de odontologia e contextualizados momentos históricos da profissão, é importante destacar que a odontologia conseguiu manter-se como um sub-setor a parte na área de saúde, espelhado, nos serviços públicos, o modelo predominante da prática liberal.

4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Já no século XXI, há uma reafirmação das políticas públicas centrada na saúde da família e a incorporação da saúde bucal no programa que no ano de 2000 foi editada a Portaria MS/GM nº. 1444 que cria o incentivo para incorporação da Equipe de Saúde Bucal no PSF. Foi criado incentivo para implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), propostas em duas modalidades: modalidade I, com 1 Cirurgião-Dentista (CD) e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Modalidade II com 1 CD, 1 ACD e 1 Técnico em Higiene Dentária (THD). As ESB vincularam-se às equipes de saúde da família (ESF) na relação de 1 ESB para 2 ESF. Neste ano também iniciaram o Projeto SB 2000 para avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira. Entretanto, em 2001 a Portaria 267, de 06/03/01, regulamentou as ações das ESB na Estratégia Saúde da Família.

Em 2003 ocorreu a conclusão do levantamento epidemiológico de saúde bucal e divulgado o Relatório Descritivo do Projeto *SB Brasil 2003*: condições de saúde bucal da população brasileira (Brasil, 2003). Com isso, no mesmo momento uma nova Portaria acabou com a obrigatoriedade imposta pela relação de 1 Equipe de Saúde Bucal - ESB para 2 Equipe Saúde da Família - ESF, houve gradativamente ampliação das equipes de saúde bucal a medida que municípios aderiam ao programa e atribuía grande mudança no cenário da saúde bucal no país, com o acesso substancialmente ampliado.

O processo de trabalho das 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.

Existem três tipos de ESB:

Quadro 1 – Modalidades de Equipe de Saúde Bucal.

Modalidade I	Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal.
Modalidade II	Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal.
Modalidade III	Unidade Odontológica Móvel.

Fonte: Ministério da Saúde – MS.

As ações das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família são compostas por ações de promoção e proteção de saúde; ações de recuperação; prevenção e

controle de câncer bucal; incremento da resolução da urgência; inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica.

Independente da modalidade adotado recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Recurso de Implantação:

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 (parcela única) para investimento nas Unidades Básicas e realização de Curso Introdutório.

Recurso de Custeio (PAB Variável):

Quadro 2 – Recursos de Custeio (Governo Federal).

Modalidade I	R\$ 2.230/mês
Modalidade II	R\$ 2.980/mês
Modalidade III	R\$ 4.680/mês

Fonte: Ministério da Saúde – MS.

Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as ESB dos Municípios constantes do anexo I a Portaria nº 822/GM/MS, de 17/04/2006, e as ESB dos Municípios constantes no anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17/01/2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando o número máximo de equipes definido também na Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008. Equipes modalidade III não recebem este incentivo.

Consultório odontológico:

Toda Equipe de Saúde Bucal modalidade I ou II implantada recebe do Ministério da Saúde equipamento odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos

necessários para adquiri-los. Doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los. **Modalidade I:** 1 consultório odontológico. **Modalidade II:** 2 consultórios 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).

Unidade Móvel odontológica

O Ministério da Saúde com o objetivo de ofertar serviços odontológicos para as populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais, implantou o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM). A primeira entrega ocorreu para municípios integrantes do Programa Territórios da Cidadania que não continha na Estratégia Saúde da Família Equipes de Saúde Bucal vinculadas. A segunda ocorreu para municípios prioritários do Plano Brasil Sem Miséria. No total são 151 unidades entregues no país. AUOM é de uso exclusivo dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e serve de apoio para o desenvolvimento das ações e das atividades dessas equipes. A Equipe de Saúde Bucal atenderá na UOM, seguindo os princípios e diretrizes definidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, atuando para garantir as ações de promoção e prevenção e o atendimento básico às populações: rurais; quilombolas; assentadas; e em áreas isoladas ou de difícil acesso.

A continuidade da atenção à saúde bucal das populações atendidas pela UOM se dará referenciando aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e/ou aos Laboratórios Regionais de Próteses de acordo com a necessidade. O município contemplado com UOM receberá os seguintes incentivos financeiros:

Quadro 3 – Recursos de custeio prótese (Governo Federal)

Implantação (parcela única)	R\$ 3.500
Custeio (mensal)	R\$ 4.680

Fonte: Ministério da Saúde – MS.

4.2 BRASIL SORRIDENTE

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes.

Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente. Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências isoladas e pontuais ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal. A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

A Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em março de 2004, em Sobral/CE, está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e se propõe a desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade, que permitam mudanças no nível de saúde bucal da população, com reflexos positivos em sua saúde geral. Ela é fruto da luta histórica dos trabalhadores de saúde bucal por um modelo de atenção que, baseado nas reais necessidades da população, amplie e qualifique o acesso à assistência, promova saúde e previna doença.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

4.3 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA – LRPD

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, 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 na Estratégia Saúde da Família, e da Atenção Especializada em Saúde Bucal, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal. A Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, visando ampliar o número de Laboratórios e a oferta de próteses dentárias, aumenta o repasse financeiro federal para este fim.

5 A IMPLEMENTAÇÃO DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SUMÉ – PB.

O município de Sumé localiza-se na microrregião dos Cariris Velhos, centro do Estado da Paraíba. Limita-se ao norte com São José dos Cordeiros, ao sul com Camalaú e Monteiro, a leste com Serra Branca e Congo e a oeste com Ouro Velho, Prata e Monteiro. Área de 864 km² fica a 276 km da capital, João Pessoa.

Segundo o IBGE (2010) a população é de 16.060 habitantes, sendo 7.927 homens e 8.133 mulheres, Índice de Desenvolvimento Humano de 0.658, taxa de analfabetismo de 30,08 entre a população de 15 anos ou mais, ficando acima da média estadual de 29,71 e da brasileira de 13,63. Temos um número significativo de trabalhadores excluídos do mercado de trabalho,

Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2000) a desigualdade cresceu, o Índice de Gini passou de 0,48 em 1991 para 0,53 em 2000, representando um aumento de pessoas abaixo da linha de pobreza, pois o nível médio de renda familiar é de 1/4 (um quarto) do salário mínimo, sem apresentar grandes oscilações, o que favorece a

existência de alguns bolsões de pobreza, possíveis de serem observados, além de um elevado índice de violência contra crianças, adolescentes e mulheres.

A produção rural é oriunda de propriedades de médio e pequeno porte, base da economia local, não conta com nenhum tipo de atividade industrial, o comércio local é baseado em pequenos e poucos estabelecimentos, tendo assim como principal fonte de renda os benefícios do INSS, bem como os salários pagos pelo Estado e Município. Além dos recursos dos Programas de Transferência de Renda do Governo Federal a exemplo do Programa Bolsa Família.

5.1 SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA.

A efetivação da Saúde Bucal Atenção Básica no município de Sumé – PB é pautada com base na promoção de saúde, que é uma estratégia de articulação que objetiva a melhoria na qualidade vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorarem riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos.

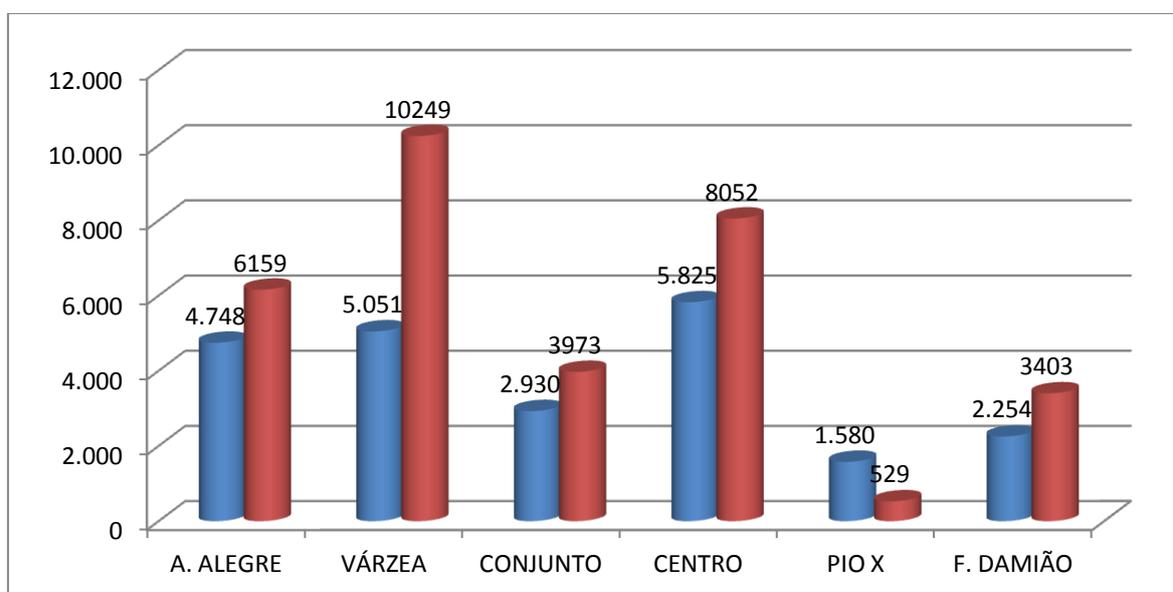
5.2 EQUIPE SAÚDE BUCAL

Os recursos recebidos do Governo Federal pelo município para custeio do Programa Saúde Bucal – Equipe Saúde da Família é realizado por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) que é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão "contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde". Esses recursos destinam-se a prover, nos termos do artigo 2.º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as despesas do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração indireta, bem como as despesas de transferência para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Dentro deste programa, o município de Sumé conta com 6 Equipes de Saúde Bucal, sendo 5 na modalidade I, composta por um Cirurgião Dentista e por uma Auxiliar de Saúde Bucal – ASB e 1 unidade na modalidade II, composta por um Cirurgião Dentista, uma Técnica em Saúde Bucal – TSB e uma Auxiliar de Saúde Bucal – ASB. Mensalmente o município recebe aproximadamente R\$ 3.300,00 para custeio de despesas, incluindo pagamento de recursos humanos. Os recursos não são suficientes, porém, é necessário o Governo Municipal custear grande parte do programa com receitas próprias municipais.

O gráfico 1 procura demonstrar o quantitativo de procedimentos realizados nos anos de 2011 e 2012, nas Unidades Básicas de Saúde.

Gráfico 1 – Procedimentos odontológicos realizados nas UBS (2011/2012)



Fonte: Secretária Municipal de Saúde – Sumé – PB.

O gráfico 1 comprova a capacidade produtiva realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal nos anos de 2011 e 2012. Assim, podemos observar um crescente aumento nos procedimentos odontológicos, o que demonstra que a população vem sendo beneficiada pelo acesso a esses serviços, e como efeito, resultado de uma política planejada e que assegura o Estado de efetivar o compromisso de bem-estar do cidadão. Embora se reconheça que muitas demandas ainda precisam ser processadas para garantir acesso irrestrito do cidadão ao serviço de saúde preventiva.

No que concerne aos resultados alcançados, à política de saúde bucal nas Unidades de Várzea e Centro obtiveram um considerável aumento produtivo no ano de 2012 em face

de incremento de procedimentos de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor, em alunos de escola pertencentes à área geográfica da unidade de saúde.

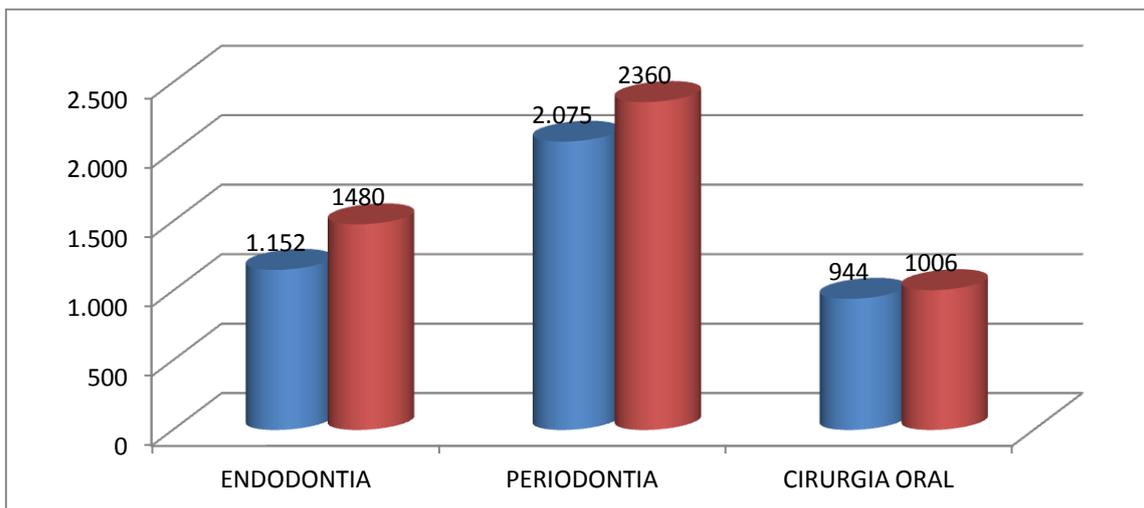
5.3 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO

O Centro de Especialidades Odontológicas do Município – CEO foi instituído através da portaria Nº 1.064/GM, de 4 de julho de 2005 e habilitado a receber os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Os recursos são destinados do Fundo Nacional de Saúde - FNS para o Fundo Municipal de Saúde - FMS. O CEO apresenta-se como modalidade II, constituído por 5 especialidades odontológicas – Endodontia, Periodontia, Cirurgia oral e recentemente aderiu a atendimento ao Portador de Necessidades Especiais Pacientes Especiais) e Prótese Dentária - o repasse mensal do Governo Federal é de R\$ 11.000,00 (onze mil reais). Entre receitas e despesas fica praticamente inviável a sua manutenção sem o erário municipal entrar com recursos próprios para sua funcionalidade.

Os recursos alocados pelo município são provenientes do Tesouro Municipal. Para isso, o poder municipal vem assumindo o compromisso de manter o funcionamento do CEO.

O gráfico 2 é uma demonstração numérica de procedimentos realizados nos anos de 2011 e 2012, onde a demanda é referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde. Dentro de uma dinâmica de atendimento do paciente, é formada uma agenda e determinado um horário para sua efetiva consulta clínica, caracterizando maior comodidade, e na parte gerencial, organização do serviço de saúde.

Gráfico 2 – Procedimentos odontológicos realizados no CEO (2011/2012)



Fonte: Secretária Municipal de Saúde – Sumé – PB.

O Centro de Especialidades odontológicas foi criado para assegurar atenção odontológica especializada à população do município e cidades circunvizinhas, diante das necessidades acumuladas há muito tempo. Funciona como unidade de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, com procedimentos clínicos complementares aos realizados neste nível de atenção. No ano de 2012 houve uma forte tendência no aumento de procedimentos em todas as especialidades, resultante das referências advindas das Unidades Básicas de Saúde, com resultados positivos no modo funcional do serviço.

No entanto, os programas de Saúde Bucal implantados por todos os níveis de Governos são conseqüências de planos de ações relevantes, e a sociedade tem por obrigatoriedade considerar que o Poder Público é responsável pelo cumprimento das normas constitucionais que regulamentam a saúde pública, e deve prestar um atendimento que satisfaça as necessidades dos cidadãos. Ressalva-se que a Constituição Federal apresenta a prerrogativa nos preceitos da saúde, de proteger tanto a cura quanto prevenção de doenças, por meio de medidas que justifique assegurar a integridade física e psíquica do ser humano, em função direta do fundamento da dignidade humana.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço público de saúde bucal no Brasil atribuiu prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária, educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos. Embora Governo Federal e Governo Municipal estejam articulados no favorecimento de políticas de Saúde a toda população, ainda existe uma situação social muito precária que é estabelecida pela expressão no campo da saúde pela gênese do tratamento curativo embora a odontologia preventiva tenha alcançado destaque pela importância e transformação em decorrência de decisões políticas articuladas que decisivamente promova a cidadania e acesso de parcela tão significativa da população brasileira. A expansão do serviço público odontológico seguiu a estratégia de focalizar esforços e recursos para esses alvos programáticos. Essa política ainda está em fase de expansão, mas já há indicações favoráveis quanto a seu efeito de redução das desigualdades em saúde bucal. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS é resultado da formulação de uma política do Governo Federal implementada pelos municípios que tem apresentado resultados positivos, embora a população necessite estar alerta com todas as suas vantagens. Isto é, o nível de informação do cidadão é condição essencial para garantir o cumprimento das prerrogativas por parte do Estado.

O Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Sumé – Paraíba, em face de um trabalho de continuidade no atendimento realizado pela rede de Atenção Básica, alcançou resultados importantes desde sua implantação no ano de 1996. Observados os números de procedimentos nas especialidades de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral, ressalta-se que houve um crescente aumento dessas ações, com isso se traduz que foi incorporado junto à população o acesso a esses serviços e, por conseguinte, elementos dentários deixam de ser perdidos, tratamentos cirúrgicos realizados e problemas gengivais tratados, reduzindo o risco a doenças e o pronto restabelecimento da saúde bucal. Os pacientes com necessidades especiais passaram a ser acolhidos no CEO com mais dignidade e atendidos de forma humanizada, frente a resoluções de seus problemas orais. Dentro de um componente do Programa Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD, articulado com o Governo Federal, o CEO tem ofertado e aumentado a instalação de prótese dentária em pacientes que necessitam de tratamento de reabilitação oral, e com isso, devolvida ao indivíduo a sua autoestima e a expressão de mais puro bem estar do ser humano: O SORRISO. Nesse sentido, levando-se em conta o aumento de procedimentos realizados pelo CEOs, torna-se possível considerar avanços rumos à melhoria da saúde bucal dos cidadãos. Não obstante, muito ainda precisa ser feito para

assegurar assistência nas atividades de prevenção. Assim, os processos de avaliação dessa política pública devem-se ser vistos como condição essencial para o seu melhoramento tomando como princípios: eficiência, eficácia e efetividade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.C.T., AIHARA, I.M., BARROS, E. **Gestão de Recursos Humanos e Sistema de Planejamento e Orçamento: Sua Articulação no Interior do Ministério da Saúde**. Escola de Governo em Saúde, 2004.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde**. Rev Saúde Pública 2010;44(2):360-5.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição (1988). Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 setembro 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm >. Acesso em: 20 abril 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de abril de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Programas da Saúde. Brasil Sorridente. Disponível em URL: <http://saude.gov.br>. Acesso em 20 de abril 2013.

CHAVES, Mário M.; **Odontologia Social**. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1986.

COSTA, José Felipe Tiani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. **Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências** – 3ª Ed. Porto Alegre, Artemed, 2004.

Frazão P, Narvai PC. **Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública.** Saude em Debate. 2009;33(81):64-71.

GARCIA, M.; HORTALE, V.A (org). **Políticas e Gestão em Saúde.** Coleção Escola de Governo em Saúde. Série Trabalhos de Alunos, 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GARBIN, Daniela e Carcereri, Daniela Lemos, **A odontologia nas políticas pública de saúde do trabalhador,** Arquivos de odontologia, Belo Horizonte, v.42, n.2, p.81-160, abr./jun. 2006.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; FRIAS, Antônio Carlos; ZILBOVICIUS, Celso. In: Rode, SM, Nunes, SG. **Atualização clínica em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

KASPER, Elisabete, **Gestão Pública em Odontologia: Dificuldades e perspectivas,** porto Alegre, 2001.

Narvai PC, Frazão P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ; 2008.

SOARES, Samara Carollyne Mafra. **Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica: A perspectiva do usuário.** Natal, RN, 2007.

Tetzlaff AAS (Hi Technologies). Resumo da Lei nº8142. [online] 2010 Jul. [acessado em 20abr. 2013]. Disponível em: <http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-o-programa-humanizaus/resumo-da-lei-n8142/>