

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública
Diretoria de Formação Profissional
Coordenação-Geral de Especialização

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE – A SAÚDE BUCAL NA POLÍTICA PÚBLICA
BRASILEIRA.

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública
Curso: Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e
Desenvolvimento Social
Orientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Aluno: Cassiano Dias de Souza

Brasília, 12 de dezembro de 2011

Nome: Cassiano Dias de Souza

Título da Monografia: Programa Brasil Sorridente – A Saúde Bucal na Política Pública Brasileira

Natureza da Monografia: Levantamento bibliográfico e de dados sobre o Programa Brasil Sorridente

Orientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Brasília, 12 de dezembro de 2011

Folha de Aprovação

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE – A SAÚDE BUCAL NA POLÍTICA PÚBLICA
BRASILEIRA.

Autor: Cassiano Dias de Souza

ESTA MONOGRAFIA FOI JULGADA APROVADA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Orientador

Nota: 7,3

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Trajano Augustus Tavares Quinhões

Avaliador

Nota: 8,2

*Aos meu pais Ailce e Maria Carolina,
A minha filha Maria Catharina,
que por sua vida e pureza sempre me dá força*

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me proporcionar uma vida abençoada e digna, e principalmente por ter me dado o meu maior presente, minha filha Maria Catarina.

Agradeço aos professores que ministraram o curso de forma dedicada e comprometida com o desenvolvimento social.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, que com sua paciência e dedicação me ajudou a completar esse trabalho.

Agradeço a toda equipe da Coordenação Geral de Especialização da ENAP e da Secretaria da ENAP que nos atenderam de forma solícita e eficiente.

Agradeço ao meu Diretor Dr. Paulo Henrique de Assis Santana que sempre foi compreensivo na minha participação no curso, e da importância deste para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Resumo

Esta monografia realiza uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal, de suas estratégias e ações desde a implantação do Programa Brasil Sorridente até o fim do ano de 2010. A evolução do quantitativo de Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil e em suas cinco Regiões, e qual a abrangência de cobertura populacional por equipe, no período compreendido entre janeiro de 2003 até dezembro de 2010, demonstrando sua implantação. A importância à Saúde Bucal junto ao Sistema Único de Saúde e o atendimento especializado para a população. Analisou se a Estratégia Nacional de Saúde Bucal alcançou através do Programa Brasil Sorridente suas metas e objetivos, e se a população está tendo acesso a serviços odontológicos.

Palavras Chave: Equipes de Saúde Bucal, Programa Brasil Sorridente, População Atendida.

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	10
1.1.	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	11
1.2.	PERGUNTA DA PESQUISA	12
2.	OBJETIVOS	12
2.1.	OBJETIVO GERAL	12
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2.3.	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	13
2.4.	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	14
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.	METODOLOGIA	17
5.	DESENVOLVIMENTO	17
5.1.	REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL	19
5.1.1.	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (EqSB) – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	20
5.1.2.	UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL – UOM	26
5.2.	AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	26
5.2.1.	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO	27
5.2.2.	LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD	28
5.3.	ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA	28
5.3.1.	EMISSÃO PELO CIRURGIÃO DENTISTA DA AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	29
5.3.2.	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA	29
5.3.3.	ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO CREDENCIAMENTO DE CACON E UNACON	29
5.4.	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	30
5.4.1.	FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO	31
5.4.2.	KITS DE HIGIENE BUCAL	32
5.5.	REESTRUTURAÇÃO E QUALIFICAÇÃO	32
5.5.1.	DOAÇÃO DE EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS	33
5.5.2.	INCENTIVO À PESQUISA EM SAÚDE BUCAL COLETIVA	33
5.6.	VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO	34
5.6.1.	CENTROS DE COLABORADORES DE VIGILÂNCIA E SAÚDE BUCAL	34
6.	RESULTADOS	35
7.	DISCUSSÃO	45
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9.	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	52

Índice de figuras, quadros e gráficos

1.	FIGURAS:	
1.1	FIGURA 1: Organograma da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB	18
2.	QUADROS:	
2.1	QUADRO 1: Orçamento Programa Brasil Sorridente – 2009 (Fonte: Siafi)	19
2.2	QUADRO 2: Evolução das Equipes de Saúde Bucal (EqSB), de jan/2003 a dez/2010 – Brasil	20
2.3	QUADRO 3: Evolução das EqSB, de jan/2003 a dez/2010 – Centro-Oeste	21
2.4	QUADRO 4: Evolução das EqSB, de jan/2003 a dez/2010 – Nordeste	22
2.5	QUADRO 5: Evolução das EqSB, de jan/2003 a dez/2010 – Norte	23
2.6	QUADRO 6: Evolução das EqSB, de jan/2003 a dez/2010 – Sudeste	24
2.7	QUADRO 7: Evolução das EqSB, de jan/2003 a dez/2010 – Sul	25
3.	GRÁFICOS:	
3.1	GRÁFICO 1: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Brasil.	36
3.2	GRÁFICO 2: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Centro-Oeste.	37
3.3	GRÁFICO 3: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Nordeste.	37
3.4	GRÁFICO 4: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Norte.	38
3.5	GRÁFICO 5: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Sudeste.	39
3.6	GRÁFICO 6: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Sul.	40
3.7	GRÁFICO 7: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Brasil.	41
3.8	GRÁFICO 8: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Centro-Oeste.	42
3.9	GRÁFICO 9: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Nordeste.	42
3.10	GRÁFICO 10: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Norte.	43
3.11	GRÁFICO 11: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Sudeste.	44
3.12	GRÁFICO 12: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Sul.	45

Lista de abreviaturas e siglas

ACD: Auxiliar de Consultório Dentário

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

CACON: Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CD: Cirurgião Dentista

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNSB: Coordenação Nacional de Saúde Bucal

DAB: Departamento de Atenção Básica

DPNSB: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

EqSB: Equipes de Saúde Bucal

ESF: Estratégia de Saúde da Família

GM: Gabinete do Ministro

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária

MCT: Ministério de Ciência e Tecnologia

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACTO-AB: Pacto de Indicadores da Atenção Básica

PBS: Programa Brasil Sorridente

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PSF: Programa Saúde da Família

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

THD: Técnico de Higiene Dental

UNACON: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UOM: Unidade Odontológica Móvel

1. Introdução:

A atenção à saúde bucal está presente no Brasil desde a sua descoberta, sendo executada por profissionais que desempenhavam a lida de barbeiro, que podiam acumular os ofícios de tiradentes e/ou de sangrador. Estes aprendiam a técnica para a extração dentária, sendo passada de forma empírica e sem qualquer preocupação com a higiene e controle de infecções.

Quase dois séculos após a descoberta do Brasil, em 1728, na França, Piérre Fauchard publicou o livro “Le Chirugien Dentiste au Traité dês Dents”, modificando profundamente os conhecimentos sobre a odontologia, trazendo-a para uma visão mais científica. Interessante destacar que ao final do século XVIII, temos o aparecimento do maior herói e mártir nacional, Joaquim José da Silva Xavier, mais conhecido como Tiradentes, profissão que aprendeu com seu padrinho, Sebastião Ferreira Leitão.

No século XIX, a odontologia no Brasil teve um salto qualitativo com a adoção de novas leis e regulamentos para o digno exercício da profissão, exigindo uma maior qualificação e atendimento às normas pelos profissionais que a executavam. Ocorrendo no final deste século a regulamentação do curso superior de odontologia nas universidades nacionais, ainda no período imperial.

A saúde bucal como política pública no Brasil nunca teve uma atenção especial por parte dos governantes durante os cinco séculos após a descoberta. Seus serviços na maior parte do século XX se restringiam a procedimentos de pouca complexidade, prestados pelos equipamentos públicos, sendo quase todos de maior complexidade realizados por instituições privadas. Somente nas últimas três décadas é que a saúde bucal começou a ser amplamente debatida e inserida nas políticas públicas de modo mais consistente e com resultados mais efetivos.

Com a retomada da democracia e a conseqüente maior preocupação com o desenvolvimento social e atenção à saúde da população, vários projetos foram iniciados com o intuito de prover uma atenção à saúde bucal, como foi o caso do Programa Saúde da Família (PSF), denominado atualmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inclui a odontologia entre os serviços oferecidos à população. Mais recente, o Programa Brasil Sorridente, objeto de estudo dessa monografia, veio cobrir uma importante lacuna das políticas públicas para a área.

Esta monografia objetiva discutir e analisar a importância da odontologia social, com o pressuposto de que sua abrangência, instalação e a complexidade dos serviços oferecidos aumentam a qualidade de vida da população. Neste contexto o programa Brasil Sorridente aparece como ação do Plano Nacional de Saúde Bucal que deve ser estudado para percebermos se o rumo tomado vai ao encontro das necessidades de atenção à saúde bucal da população.

1.1. Formulação da situação problema:

A odontologia por várias décadas não era tratada como uma política pública importante para o país, tornando o acesso a esses serviços extremamente restrito para maior parte da população. Esse fato evidencia que a procura pelo serviço ocorria somente em situações extremas, com a apresentação de dor e em sua maioria com quadros irreversíveis para um tratamento que consiga manter o elemento dentário, sendo indicado nesses casos sua extração.

Esse quadro tornou o atendimento odontológico público voltado apenas para a limitação do dano e utilizando métodos mutiladores para o atendimento, trazendo uma visão muito negativa para a odontologia. Entretanto, a odontologia não possui apenas uma corrente curativa e de limitação de dano, alguns dos seus principais aspectos são a promoção e prevenção da saúde bucal, pois permite uma abrangência maior e diminuição dos custos com tratamentos mais complexos pela rede pública.

Por consequência, os danos causados pela ausência de tratamento dentário adequado pela rede de assistência pública, e devido ao preço do tratamento nas instituições privadas de saúde, a grande maioria da população não tem acesso a um tratamento odontológico de qualidade, apresentando ausência de dentes na boca. Esse fato é um motivo de exclusão social para essa parcela da população, acarretando discriminação e marginalização desses indivíduos, dificultando até as oportunidades de emprego.

O aumento de oferta de equipes odontológicas que o Programa Brasil Sorridente produziu para a atenção a saúde bucal é que será objeto de estudo dessa pesquisa. Com novos posicionamentos por parte do governo brasileiro quanto à importância da odontologia visando proporcionar um ganho de qualidade de vida da população, está modificando o pensamento antigo e disseminado entre a população de que se houver dor de dente a melhor solução é a sua extração, para uma realidade que promova saúde e de que devemos prevenir e manter os dentes sempre saudáveis.

1.2. Pergunta da Pesquisa:

Qual a situação atual e como esta sendo desenvolvida a implementação do Programa Brasil Sorridente?

2. Objetivos:

2.1. Objetivo geral:

- Analisar a implantação das equipes de saúde bucal (EqSB) do Programa Brasil Sorridente, como é a evolução entre o Brasil e suas regiões, compará-las e se atende os objetivos estabelecidos nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

2.2. Objetivos específicos:

- Apresentar o atual programa de saúde bucal, descrevendo suas diretrizes estratégicas e suas ações.
- Descrever a evolução das equipes de saúde bucal.
- Comparar a evolução da taxa de equipes da saúde bucal por 100.000 habitantes ao longo do tempo entre o Brasil e suas regiões.
- Verificar se a implantação das equipes de saúde bucal está alcançando os resultados previstos no Brasil e em suas regiões, e se estão em consonância com os da Política Nacional de Saúde Bucal.

2.3. Delimitação da pesquisa:

Delimitação temporal: a pesquisa terá como base o período temporal de janeiro de 2003 até dezembro de 2010, pois o início do programa ocorreu em janeiro de 2004, com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB) e implantação do Programa Brasil Sorridente (PBS).

Delimitação geográfica: por se tratar de um programa de abrangência nacional, utilizaremos os dados relativos a todo território nacional e suas regiões, não sendo levadas em conta as informações relativas aos estados e municípios. Para essa análise serão considerados o Brasil e suas cinco regiões.

Delimitação do Escopo da Pesquisa: será realizada através de estudos de trabalhos sobre o tema e dos índices apurados pelos órgãos oficiais do Estado referentes ao Brasil e suas regiões, e a continuidade atual do programa, buscando informações necessárias para o alcance dos objetivos, não aplicando pesquisa de campo para obtenção dessas informações.

2.4. Justificativa da pesquisa:

As políticas públicas de atenção a saúde bucal possuem atualmente um patamar muito mais amplo e abrangente do que só o aspecto da saúde, ultrapassando barreiras de convivência e aceitação do indivíduo perante a sociedade e tornando-se essencial para a promoção da inclusão e do desenvolvimento social.

O controle e prevenção das doenças que atingem a boca são fatores que qualquer gestor público de saúde deve se preocupar, pois, caso essas doenças atinjam níveis avançados, os gastos públicos serão muito mais elevados para buscar a limitação do dano, do que se tivesse investido em campanhas de conscientização e prevenção, antes do aparecimento das doenças.

Questões como problemas do aparelho digestivo e a obesidade estão intimamente relacionadas ao funcionamento inadequado da mastigação, seja por ausência de elementos dentais ou má oclusão dentária, que podem ser resolvidos com a intervenção de um odontólogo. Esses problemas afetam grande parte da população, e na maioria dos casos não são levantadas as origens de uma mastigação ineficiente, só atentando para doença sem olhar para as possíveis causas.

Aparecendo em quinto lugar dos tumores que afetam a população brasileira, o câncer bucal é outro fator determinante para ter uma atenção especial. Apesar das campanhas contra o tabagismo e alcoolismo serem constantes e intensificadas nos últimos anos, esses hábitos aumentam e muito a incidência do aparecimento do câncer de boca, elevando os custos para o tratamento nessa fase.

Esses fatos, aliados a promoção e prevenção da saúde bucal, são os fatores que justificam a pesquisa e o levantamento de informações sobre o programa Brasil Sorridente, pois a atenção à saúde bucal ganhou um lugar de destaque na política de saúde do governo.

3. Referencial teórico:

Atento a importância de atenção à saúde bucal o governo federal no ano de 2004 criou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), e com esta implantou o Programa Brasil Sorridente (PBS), Ministério da Saúde (MS, 2004), voltado para o atendimento da demanda reprimida. As ações do programa Brasil Sorridente estavam pautadas na reorganização da atenção básica em saúde bucal, a viabilização de fluoretação das águas para abastecimento público e a ampliação e qualificação da atenção especializada.

Segundo Oliveira et al. (2008), as ações voltadas para atenção básica em saúde bucal têm seu foco principalmente na área de prevenção do aparecimento das doenças infecto-contagiosas que atingem a cavidade bucal, principalmente a cárie. Esse ponto é bastante focado na população infantil e nos jovens, pois quando a criança é educada objetivando a higienização e preservação dos elementos dentários, não ocorrerá no futuro problemas relacionados com a doença cárie, diminuindo muito a ocorrência de mutilações.

A viabilização de fluoretação das águas de abastecimento público, MS (2006), possui o objetivo amplo de permitir que grande parte da população tenha acesso a níveis baixos de

flúor que atuam no fortalecimento do elemento dental, dificultando a ocorrência da doença cárie na parcela mais jovem da população.

Visando atender uma parcela maior da população, foi efetivada a ampliação e qualificação da atenção especializada, tendo seu foco à implantação dos centros de especialidades odontológicas (CEO) que possuem uma equipe interdisciplinar das várias áreas da odontologia prestando serviços mais complexos, que não são realizados pelas unidades de saúde básica. E dentro desse serviço também é inserida a implantação dos laboratórios regionais de próteses dentárias visando à recuperação da capacidade mastigatória e funcional do cidadão que apresenta ausência de elementos dentários.

A análise das informações colhidas será realizada sobre a implantação das equipes de saúde bucal, portaria nº 267/GM/MS (2001), implantadas na modalidade I (composta de cirurgião dentista - CD e auxiliar de consultório dentário - ACD) e II (composta por CD, ACD e técnico em higiene dental – THD) por 100.000 habitantes.

Levando em consideração que cada equipe deve prestar assistência a 3.450 pessoas, portaria nº 673/GM/MS (2003), devendo ter uma relação 1:1 com as equipes de saúde da família, o que antes de 2003 era utilizada uma relação 1:2, ou seja, uma equipe de saúde bucal para cada duas de saúde da família, tornando a abrangência da equipe muito grande e com pouca efetividade. Com esses dados estimamos cerca de 29 equipes de saúde bucal para atender uma população de 100.000 habitantes.

Segundo o MS, de dezembro de 2002 a agosto de 2009, foram criadas 14.221 equipes de saúde bucal - EqSB, que prestam serviços de atenção básica à população. De acordo com a pasta, também foram implantados 770 CEO, que oferecem serviços de média complexidade.

4. Metodologia:

A pesquisa se dará por levantamento bibliográfico e análise de dados obtidos através de publicações, e por meios eletrônicos em sites do governo federal, que tratam das informações oficiais sobre o programa Brasil Sorridente.

Os dados terão como área de abrangência geográfica o Brasil e suas cinco regiões, e como período de análise compreendido entre janeiro de 2003 até dezembro de 2010. Os dados estão disponibilizados pela CNSB, que integra o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS).

As informações foram analisadas de forma quantitativa e comparativa de acordo com a abrangência geográfica, buscando identificar as diferenças existentes em cada região. Para isso foram utilizados gráficos e tabelas, sendo também necessária a construção de indicador de cobertura da equipe de saúde bucal por 100.000 habitantes.

É importante destacar que para cada EqSB está previsto o atendimento de 3.450 pessoas, em qualquer modalidade (I e II). Assim, temos uma proporção de 29 equipes de saúde bucal para cada grupo de 100.000 habitantes, facilitando a composição dos gráficos para análise e melhor visualização.

5. Desenvolvimento:

Para a realização do estudo devemos entender o organograma da Política Nacional de Saúde Bucal que se divide em seis grandes áreas de atuação, que por sua vez se subdividem em mais doze ações. E o objetivo da análise serão as equipes de saúde bucal (EqSB), que é a política norteadora da área de reorganização da atenção básica em saúde bucal da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) do Ministério da Saúde. Cabe destacar que

para a CNSB cada EqSB deve atender 1.000 famílias, cerca de 3.450 pessoas, e é preconizada uma EqSB para cada equipe de Saúde da Família, sendo esse um dos objetivos estratégicos da política.

Segue abaixo o organograma do PNSB e em destaque a ação que analisaremos adiante:

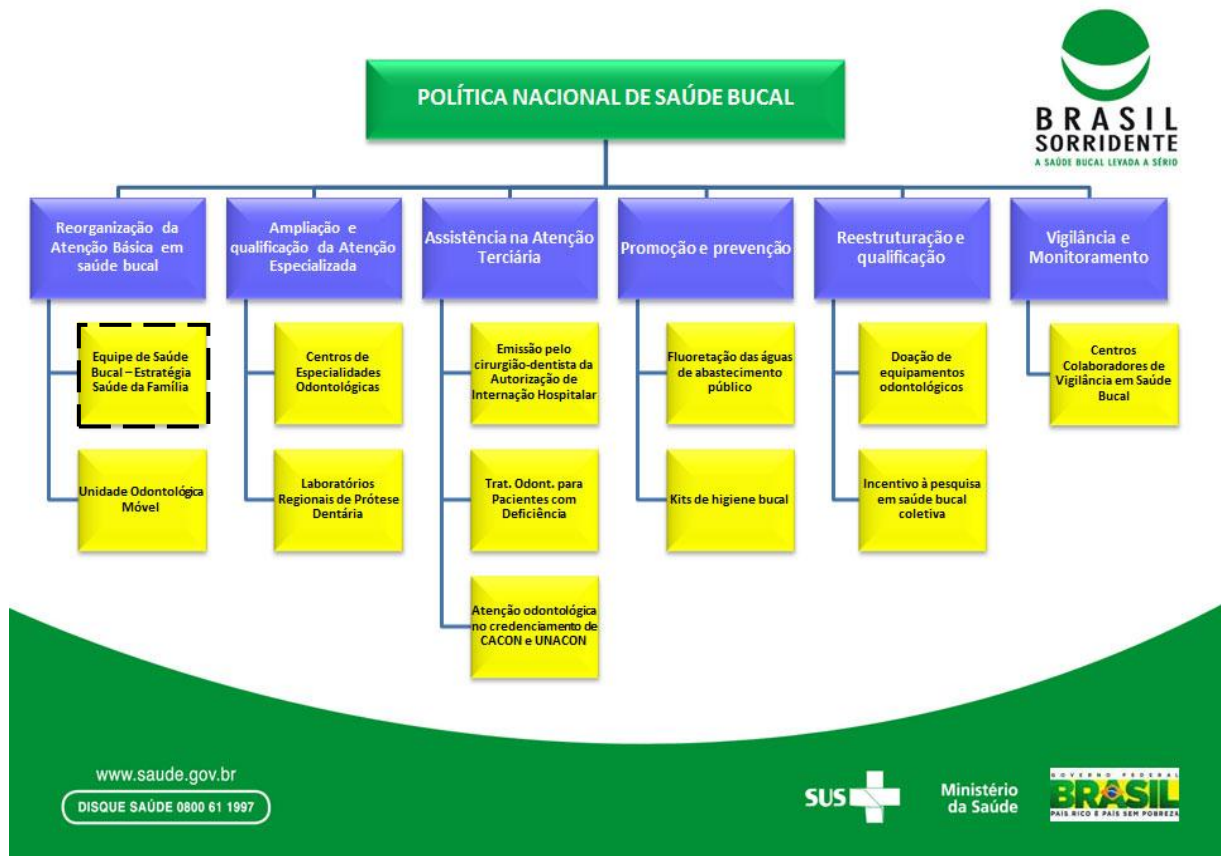


Figura 01 – Organograma da PNSB

O foco da pesquisa será pautado na primeira parte da Política Nacional de Saúde Bucal que trata da reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, que compreende as ações de Unidade Odontológica Móvel e Equipe de Saúde Bucal (EqSB), sendo esse último o objeto estudado e que foram levantados os dados e analisados no Brasil e nas suas cinco

regiões. Todavia está relatado sobre todas as ações que estão contidas na PNSB, para que possamos compreender a complexidade da política e suas diversas áreas de atuação.

5.1. Reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal:

A reorganização da atenção básica a saúde bucal é a principal ação do PBS, pois com a implantação de um serviço que atenda a população e busque a prevenção do aparecimento das doenças bucais tende-se a reduzir os gastos com as seqüelas e tratamentos mais especializados, aliado ao fato do universo a ser assistido ser muito maior do que os mais complexos.

Segundo a CNSB/MS, apesar da importância e a diversidade de metas do programa Brasil Sorridente, o montante desembolsado em 2008 foi muito menor do que o registrado em 2009. Somente 69% da dotação prevista no orçamento de 2008 foram efetivamente aplicados, R\$ 108,8 milhões de R\$ 157,2 milhões. Em 2007, a execução também foi inferior ao de 2009. Foram gastos R\$ 84,2 milhões com os projetos de atenção especializada em saúde bucal, dos R\$ 122 milhões previstos, também 69% do total. Segue abaixo a tabela do orçamento do Programa Brasil Sorridente – PBS:

C.A. Contas Abertas
Orçamento Geral da União 2009
Programa Brasil Sorridente

Ação	Valor Autorizado	Valor Empenhado	Valor Pago	Pago/Autorizado (%)	Restos a Pagar Pago	Valor Total Pago	Total Pago/Autorizado (%)
8934 - Atenção Especializada em Saúde Bucal	74.516.894,00	64.637.201,92	64.397.401,92	86,42	5.085.842,67	69.483.244,59	93,24
8730 - Atenção Básica em Saúde Bucal	83.125.505,00	6.642.406,07	3.922.833,86	4,72	57.753.127,86	61.675.961,72	74,2
Total	157.642.399,00	71.279.607,99	68.320.235,78	43%	62.838.970,53	131.159.206,31	83%

Quadro 1- Orçamento Programa Brasil Sorridente – 2009 (Fonte: Siafi)

É observado que na Atenção Básica em Saúde Bucal teve um pagamento autorizado

de apenas 4,72%, sugerindo que essa ação sofreu redução orçamentária para sua execução no ano de 2009, demonstrando que esse é um ponto crítico para o desenvolvimento da PNSB. Levando em consideração os restos a pagar esse percentual sobe para 74,2%. Esse fator traz um alerta para a expansão e estruturação do programa, pois levanta questões de como os Estados participarão mais ativamente na manutenção da política.

5.1.1. Equipe de Saúde Bucal – Estratégia Saúde da Família:

As equipes de saúde bucal possuem duas modalidades, I e II. Na modalidade I é previsto a composição de um cirurgião dentista – CD e um auxiliar de consultório dentário – ACD, enquanto na modalidade II é previsto um CD, um ACD e um técnico de higiene dental – THD. Todavia a previsão de atendimento de cada equipe é um universo de 3.450 pessoas, lembrando que na modalidade II tem a previsão de mais um equipo odontológico completo para ser utilizado pelo THD no atendimento de prevenção de saúde bucal.

Como um dos principais critérios utilizados para análise são as equipes de saúde bucal, foi dada uma atenção especial a essa ação. Verificaremos abaixo as tabelas relativas ao Brasil e de suas cinco regiões separadamente, levando em consideração o mês de janeiro de cada ano e a delimitação da pesquisa em dezembro de 2010.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal						
			Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2003	1	172.402.041	2.333	4.886	4.414	3.873	665	591	447
2004	1	174.648.205	2.814	7.074	6.303	5.808	763	641	559
2005	1	177.243.280	3.160	10.408	8.758	8.291	1.090	767	709
2006	1	177.256.093	3.945	14.887	12.536	11.944	1.397	980	903
2007	1	185.619.807	4.314	17.344	14.703	14.137	1.637	1.119	1.078
2008	1	188.206.105	4.378	18.730	15.594	15.025	1.816	1.248	1.165
2009	1	189.681.859	4.582	19.958	17.114	16.250	2.047	1.474	1.391
2010	1	189.681.859	4.729	21.280	18.337	17.584	2.213	1.668	1.533
2010	12	191.575.774	4.830	22.724	19.401	18.731	2.547	1.836	1.693

Quadro 2: Evolução das Equipes de Saúde Bucal (EqSB), de jan/2003 a dez/2010 – Brasil.

O quadro 2 demonstra o panorama da evolução das EqSB no Brasil, que no ano de 2003, existia 1,8 EqSB I e II/Município, com um universo de 2.333 Municípios atendidos, esse total passou para 4.830 em 2010, com uma proporção de 4,2 EqSB I e II/Município, mostrando uma evolução no período de pouco mais de 107% nesse quesito ou 2.497 Municípios com EqSB a mais.

Foi verificado uma diferença de aproximadamente 21% e 32% (modalidade I e II respectivamente) a menos de EqSB implantadas em relação as credenciadas pelo MS em 2003, e um valor de 15% e 33% (modalidade I e II respectivamente) nessa mesma relação em 2010, o que mostrou no período uma redução nessa proporção na modalidade I e um pequeno aumento em relação a modalidade II.

Em comparação as EqSB cadastradas no sistema versus as implantadas temos no ano de 2003 uma diferença de 12% e 24% (modalidade I e II respectivamente), e de 3,5% e 8% (modalidade I e II respectivamente) em 2010, demonstrando uma grande redução na proporção das duas modalidades.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal						
			Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2003	1	11.885.529	354	551	489	446	116	148	90
2004	1	12.101.540	380	714	631	592	131	97	86
2005	1	12.376.143	363	864	773	714	168	148	134
2006	1	12.385.550	422	1.434	1.048	987	216	153	145
2007	1	13.252.865	434	1.641	1.143	1.099	231	158	153
2008	1	13.501.615	431	1.789	1.195	1.149	318	190	186
2009	1	13.697.308	448	1.850	1.324	1.267	326	187	181
2010	1	13.697.308	455	1.890	1.372	1.320	333	198	191
2010	12	13.896.739	458	2.083	1.546	1.450	349	211	201

Quadro 3: Evolução das EqSB, de jan/2003 a dez/2010 – Centro Oeste.

O quadro 3, relativo à Região Centro-Oeste, apresenta em 2003 uma relação de 1,5 EqSB I e II/Município, contra 3,6 EqSB I e II/Município em 2010, com o aumento de 29% do número de Municípios atendidos na Região nesse mesmo período.

A variação entre as equipes credenciadas pelo MS, e as efetivamente implantadas, apresentou diferença de aproximadamente 19% e 22% (modalidade I e II respectivamente) a menos de EqSB implantadas em relação de credenciadas pelo MS em 2003, e um valor de 30% e 42% (modalidade I e II respectivamente) nessa mesma relação em 2010, o que apresenta um crescimento nessa diferença.

Enquanto as EqSB cadastradas no sistema em relação as implantadas temos no ano de 2003 uma diferença de 9% e 39% (modalidade I e II respectivamente), e de 6% e 4% (modalidade I e II respectivamente) em 2010, mostrando assim uma diminuição nessa diferença.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal						
			Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2003	1	48.331.186	1.032	2.534	2.287	2.079	86	85	71
2004	1	48.845.112	1.170	3.624	3.299	3.075	112	107	86
2005	1	49.521.850	1.270	5.321	4.639	4.423	149	122	113
2006	1	49.524.411	1.575	7.807	6.757	6.551	174	151	140
2007	1	51.531.791	1.671	8.974	7.874	7.635	191	165	153
2008	1	52.121.727	1.656	9.326	8.210	7.927	212	188	166
2009	1	53.095.626	1.693	9.817	8.793	8.329	246	249	207
2010	1	53.095.626	1.743	10.301	9.344	9.022	261	286	216
2010	12	53.598.324	1.758	10.688	9.688	9.433	297	299	257

Quadro 4: Evolução das Equipes de Saúde Bucal, de jan/2003 a dez/2010 – Nordeste.

O quadro 4, que retrata Região Nordeste, mostra que em 2003 havia uma relação de 2,0 EqSB I e II/Município, contra 5,5 EqSB I e II/Município em 2010, com o aumento de 70% de Municípios atendidos nesse mesmo período.

Sobre as EqSB credenciadas pelo MS e as implantadas, essa diferença foi de aproximadamente 18% e 17% (modalidade I e II respectivamente) a menos de EqSB implantadas em 2003, e um valor de 12% e 13% (modalidade I e II respectivamente) nessa mesma relação em 2010. Enquanto as equipes cadastradas no sistema em relação às implantadas têm-se no ano de 2003 uma diferença de 9% e 17% (modalidade I e II respectivamente), e de 3% e 13% (modalidade I e II respectivamente) em 2010, demonstrando uma diminuição da diferença nesses dois quesitos.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal						
			Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2003	1	13.261.299	154	280	277	228	31	13	12
2004	1	13.519.844	209	405	396	347	22	22	10
2005	1	13.880.240	240	659	508	459	24	24	16
2006	1	13.881.085	313	919	782	714	32	29	24
2007	1	15.268.610	355	1.147	982	933	40	27	26
2008	1	15.591.792	369	1.293	1.132	1.070	49	46	39
2009	1	15.195.860	390	1.395	1.260	1.193	81	55	53
2010	1	15.195.860	412	1.633	1.400	1.334	91	75	72
2010	12	15.438.883	423	1.784	1.503	1.447	104	88	84

Quadro 5: Evolução das Equipes de Saúde Bucal, de jan/2003 a dez/2010 – Norte.

O quadro 5, da Região Norte, retrata que em 2003 havia uma relação de 1,5 EqSB I e II/Município, contra 3,6 EqSB I e II/Município em 2010, e com um aumento do número de 154 para 423 Municípios atendidos, com percentual de elevação de 175% no período.

A relação entre as EqSB credenciadas pelo MS e as implantadas, essa diferença era de aproximadamente 18% e 61% (modalidade I e II respectivamente) a menos de EqSB implantadas em 2003, e de 19% e 19% (modalidade I e II respectivamente) nessa mesma relação em 2010, o que mostra uma alta na modalidade I e uma diminuição na modalidade II.

E entre as equipes cadastradas no sistema em relação às implantadas temos no ano de 2003 uma diferença de 18% e 8% (modalidade I e II respectivamente), e de 4% e 4% (modalidade I e II respectivamente) em 2010, refletindo uma diminuição da diferença.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal						
			Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2003	1	73.470.763	348	935	795	618	230	149	124
2004	1	74.447.456	488	1.408	1.130	1.007	268	197	170
2005	1	75.410.800	611	2.217	1.691	1.605	389	227	210
2006	1	75.410.800	842	2.943	2.417	2.234	524	326	292
2007	1	78.544.618	996	3.596	2.949	2.782	672	400	384
2008	1	79.633.696	1.058	4.146	3.263	3.129	731	440	410
2009	1	80.193.204	1.139	4.550	3.741	3.534	836	558	537
2010	1	80.193.204	1.182	4.923	4.072	3.824	954	674	631
2010	12	80.920.819	1.237	5.508	4.392	4.197	1.205	799	720

Quadro 6: Evolução das Equipes de Saúde Bucal, de jan/2003 a dez/2010 – Sudeste.

O quadro 6, sobre a Região Sudeste, traz que em 2003 havia uma relação de 2,1 EqSB I e II/Município, e 3,9 EqSB I e II/Município em 2010, e com um incremento de 889 Municípios atendidos nesse período, ou um percentual de 255% de aumento. A diferença entre as EqSB credenciadas pelo MS e as implantadas, era de aproximadamente 34% e 46% (modalidade I e II respectivamente) a menos de implantadas em 2003, e de 24% e 40%

(modalidade I e II respectivamente) nessa mesma relação em 2010. Enquanto entre as equipes cadastradas no sistema em relação às implantadas temos em 2003 uma diferença de 22% e 17% (modalidade I e II respectivamente), e de 4% e 10% (modalidade I e II respectivamente) no ano de 2010, demonstrando redução nesses dois índices.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal						
			Nº de Municípios com eSB	Modalidade I			Modalidade II		
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2003	1	25.453.264	445	586	566	502	202	196	150
2004	1	25.734.253	567	923	847	787	230	218	207
2005	1	26.054.247	676	1.347	1.147	1.090	360	246	236
2006	1	26.054.247	793	1.784	1.532	1.458	451	321	302
2007	1	27.021.923	858	1.986	1.755	1.688	503	369	362
2008	1	27.357.275	864	2.176	1.794	1.750	506	384	364
2009	1	27.499.861	912	2.346	1.996	1.927	558	425	413
2010	1	27.499.861	937	2.533	2.149	2.084	574	435	423
2010	12	27.721.009	954	2.661	2.272	2.204	592	439	431

Quadro 7: Evolução das Equipes de Saúde Bucal, de jan/2003 a dez/2010 – Sul.

O quadro 7, sobre a Região Sul, traz que em 2003 havia uma relação de 1,4 EqSB I e II/Município, e 2,7 EqSB I e II/Município em 2010, e com um incremento de 509 Municípios no período, ou 114% de aumento. A diferença entre as equipes credenciadas e as implantadas, era próxima de 14% e 26% (modalidade I e II respectivamente) a menos de implantadas em 2003, e de 17% e 27% (modalidade I e II respectivamente) nessa mesma relação em 2010, o que nos retrata um aumento nessa diferença.

A relação das equipes cadastradas no sistema e às implantadas, tem se no ano de 2003 uma diferença de 11% e 23% (modalidade I e II respectivamente), e de 3% e 2% (modalidade I e II respectivamente) no ano de 2010, demonstrando redução desses índices.

5.1.2. Unidade Odontológica Móvel (UOM):

As Unidades Odontológicas Móveis (UOM), foram instituídas pela portaria nº 2.371/GM/MS (2009), são basicamente consultórios odontológicos instalados em veículos especialmente adaptados para a função, que servem de suporte às equipes de saúde bucal.

Cada UOM é composta por: veículo adaptado à função, cadeira odontológica completa, kit de peça de mão contendo caneta de alta e baixa rotação, aparelho de RX – apical, compressor odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, autoclave, instrumentais permanentes e de uso único odontológicos e equipe de saúde bucal na modalidade I ou II.

A intenção da UOM é disponibilizar um atendimento odontológico de qualidade àquela população que não possui condições de deslocamento para as unidades de saúde bucal, realizando um trabalho muito mais abrangente e dinâmico. Sendo de vital importância para a disseminação da cultura da prevenção dos problemas bucais.

5.2. Ampliação e Qualificação da Atenção Especializada:

Como relatado anteriormente, a assistência odontológica no Brasil tem-se restringido à atenção básica, prestadas pelos equipamentos públicos de saúde. Os dados indicam que os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

É notória a pequena capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária públicos do Brasil, não sendo observada a efetivação de sistemas de referência em saúde bucal nos sistemas locais e regionais de saúde. Não havendo uma real expansão da

rede assistencial de atenção secundária e terciária comparado ao crescimento da oferta de serviços de atenção básica em saúde bucal.

Com o aumento da oferta de serviços de atenção básica em saúde bucal, e o maior acesso da população a esses serviços, faz-se necessários investimentos visando aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção em saúde. Proporcionando, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística mais avançada e procedimentos cirúrgicos mais complexos.

5.2.1. Centro de Especialidades Odontológicas – CEO:

Os centros de especialidades odontológicas - CEO têm dois tipos, I e II, portaria nº 1.570/GM/MS (2004). O CEO tipo I está previsto a composição de três equipamentos odontológicos completos, enquanto o CEO tipo II pode ter quatro ou mais equipamentos odontológicos. Sendo previsto o atendimento dentro da atenção básica as especialidades de endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

O CEO tem a intenção de proporcionar uma abrangência regional em atendimento à comunidade, fazendo com que municípios que não possuem demanda para obtenção de uma unidade possa realizar o tratamento conjunto com outros municípios vizinhos, otimizando assim os recursos aplicados e aumentando a área de abrangência do CEO.

5.2.2. Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD):

A implantação dos laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) se deu pela portaria nº 599/GM/MS (2006). Eles possuem uma atuação conjunta com o CEO, confeccionando os trabalhos protéticos demandados pelos CEO, para que seja atendido os seus usuários.

Os LRPD trouxeram uma grande evolução à atenção em saúde especializada proporcionando um tratamento que anteriormente só era prestado pela rede privada de assistência, excluindo assim uma grande parcela da população que perdia seus elementos dentários e não tinha condições de pagar por uma reabilitação protética do seu caso.

5.3. Assistência na Atenção Terciária:

A assistência na atenção terciária é a mais complexa de todos os níveis de atenção, enquadra nessas situações a que o cirurgião dentista necessita realizar um procedimento de maior complexidade, o que muitas vezes se dá em ambiente hospitalar, e em pacientes que não conseguem ser atendidos pela rede de assistência básica e secundária.

Nesse grupo podemos incluir os acidentados de modo geral que possuam comprometimento do complexo facial, portadores de deformidades ósseas congênitas, pacientes oncológicos, idosos com problemas de saúde crônicos, pacientes deficientes físicos e mentais, dependentes químicos, vítimas de radiação ionizantes, e todos aqueles que não possuem condições para um atendimento ambulatorial normal.

5.3.1. Emissão pelo Cirurgião Dentista da Autorização para Internação Hospitalar:

O cirurgião dentista como um profissional da área de saúde necessita em alguns casos realizar internação hospitalares para que possam ser executados os procedimentos necessários nos pacientes. Segundo a portaria nº 743 SAS/MS (2003), veio preencher uma reivindicação antiga da classe odontológica que tinha muitos pedidos de autorização de internação hospitalar – AIH recusados pelos hospitais e principalmente pelos planos de saúde, que se recusavam a aceitar o cirurgião dentista como membro integrante da equipe de saúde.

5.3.2. Tratamento Odontológico para Pacientes com Deficiência:

O tratamento de pacientes com deficiência necessita de todo um aparato especial para que o paciente não sofra qualquer restrição ou danos decorrentes do tratamento. A dedicação e treinamento da equipe devem ser muito específicos para o atendimento desse público, pois o tratamento não é realizado no mesmo tempo que o habitual e geralmente necessita de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para que se tenha sucesso no mesmo.

5.3.3. Atenção Odontológica no Credenciamento de CACON e UNACON:

Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, instituídos pela portaria nº 741 GM/MS (2005), são equipamentos utilizados para o atendimento de pacientes portadores de neoplasias, que além das deficiências causadas pelo agressivo

tratamento realizado, necessitam de uma atenção à saúde bucal diferenciada da oferecida pela rede básica de saúde bucal.

A presença do cirurgião dentista para no tratamento dos pacientes portadores de neoplasias é muito importante para a melhoria da qualidade de vida e bem estar destes. A saúde bucal do paciente fica muito prejudicada, daí a importância do acompanhamento mais intenso do profissional de saúde bucal para que tenham uma boa recuperação do seu quadro de saúde geral.

5.4. Promoção e Prevenção:

A promoção de saúde bucal não é apenas ter a ausência de doença no exato momento em que se estuda, pois o indivíduo para ser saudável não necessariamente deve ter ausência de doença, pois mesmo com algumas enfermidades podemos dizer que ele é uma pessoa saudável. É o caso muito discutido da saúde bucal, pois quando o paciente é acometido pela doença cárie, ele deve procurar um cirurgião dentista para realizar o procedimento restaurador para paralisar aquela doença, mas não necessariamente a doença acabou por completo.

Daí que ao se dizer que uma pessoa está saudável, devem ser levados em conta os fatores sociais, econômicos e psicológicos. Por isso a promoção e a prevenção de saúde bucal deve ter um espectro mais amplo do que propriamente a boca do paciente, sendo discutida pelos usuários, técnicos e autoridades de como devem ser tomadas suas ações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a promoção de saúde possui cinco princípios: desenvolvimento de habilidades pessoais; ação comunitária; política pública

saudável; existência de um ambiente de apoio adequado; reorientação dos serviços de saúde. É importante que os profissionais de saúde estejam atentos a essa mudança de paradigmas para que possa interagir mais com seus pacientes, promovendo um estilo de vida saudável.

Sobre a prevenção na saúde bucal ela tem sido tratada em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária está relacionada com a iniciação da doença, buscando evitar que ela se instale. A prevenção secundária busca impedir a progressão e a recorrência da doença. A prevenção terciária busca evitar que ocorra a perda da função do aparelho mastigatório. Demonstrando assim a importância da promoção e da prevenção na PNSB.

5.4.1. Fluoretação das Águas de Abastecimento Público:

A questão da água para consumo da população é um fator primordial na saúde coletiva, pois o uso de água contaminada pelos seres humanos trazem sérias consequências no seu estado de saúde e de toda a sociedade.

Com esse intuito, a PNSB, portaria n.º 518/GM/MS (2004), visa adicionar ao tratamento adequado da água para consumo humano o flúor, de modo que possa abranger toda comunidade sem distinção de classe social. Obtendo assim a quase totalidade da população com acesso a água tratada a disponibilidade do flúor, que em concentrações adequadas permite uma boa resposta ao controle da doença cárie.

5.4.2. Kits de Higiene Bucal:

Os kits de higiene bucal são compostos por uma escova dental e um creme dental, ele deve ser distribuído para as escolas, centros de saúde e em campanhas de saúde realizadas pelos Municípios ou Estados, interessante ressaltar que o fio dental não está incluído no kit.

Com os kits busca-se inculcar na sociedade e principalmente nos mais jovens a importância da higiene bucal para a prevenção de vários problemas que podem ocasionar a falta da mesma. Isso traz uma grande economia de recursos ao longo tempo, diminuindo as taxas de doença bucal associadas a uma má higiene.

5.5. Reestruturação e Qualificação:

A reestruturação da atenção à saúde bucal se dá com iniciativas de implantar nas equipes de saúde bucal o profissional técnico de higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD), pois anteriormente o cirurgião dentista (CD) atuava sozinho para desempenhar suas funções, diminuindo muito sua produção. Aliado a essa ação também foi iniciado um processo de doação de equipamentos odontológicos para que a equipe pudesse atuar sem restrições.

As medidas de qualificação promovem um processo de atualização e aperfeiçoamento profissional de toda equipe de saúde bucal, trazendo as últimas tendências no tratamento das enfermidades bucais, para serem utilizadas nos seus pacientes. Essa ação faz com que toda equipe atue mais focada, treinada e motivada, pois há o suporte no desenvolvimento profissional dos seus membros.

5.5.1. Doação de Equipamentos Odontológicos:

A doação de equipamentos odontológicos, portaria nº 2.372 GM/MS (2009), pelo governo federal a outras esferas de governo é uma ação que busca a disponibilização de instrumentos necessários para que a equipe de saúde bucal (EqSB) possa atuar de maneira adequada, buscando atender melhor seus usuários.

Os equipamentos compreendem: equipo odontológico completo (uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação). Esses itens deverão ser utilizados para uso exclusivo das equipes de saúde bucal da localidade, não podendo serem utilizados para outras atividades.

5.5.2. Incentivo à Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva:

O MS em conjunto com o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), alocou recursos de 2002 até 2008 compreendendo um montante de R\$ 4.080.403,48 em pesquisas de saúde bucal e coletiva. Essa ação busca expandir a produção do conhecimento aplicado na saúde bucal, ajudando o desenvolvimento e melhoria das condições de saúde e diminuição das desigualdades sociais.

Essa ação vem de encontro a uma reivindicação antiga da classe odontológica que não encontrava apoio para pesquisas nesse campo da área de saúde por parte do MS.

5.6. Vigilância e Monitoramento:

A vigilância e o monitoramento são importantes para a PNSB, pois representam um mecanismo de demonstração de como está a atuação das ações no atendimento à sociedade. Para isso é utilizado pelo MS, o sistema de informação da atenção básica (SIAB) e o pacto de indicadores da atenção básica (PACTO-AB).

Com o SIAB são obtidas informações sobre os cadastros das famílias, situação de saúde, moradia, saneamento e composição das equipes de saúde. Atualmente é o principal instrumento de monitoramento dos programas de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde, e no momento encontra-se em reformulação para atender toda a atenção básica de saúde.

O PACTO-AB é um instrumento de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela atenção básica em todo o Brasil. Ele tem se tornado um importante instrumento para o fortalecimento da política de saúde, direcionando os esforços para que se consigam alcançar os objetivos nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal). Utilizando para isso o processo de pactuação na comissão intergestores tripartite (CIT) e comissão intergestores bipartite (CIB), para que se alcancem os objetivos comuns.

5.6.1. Centros de Colaboradores de Vigilância e Saúde Bucal:

Os centros de colaboradores de vigilância e saúde bucal irão possibilitar uma abordagem mais ampla com as demais áreas que promovem ações de promoção e prevenção

de saúde, abordando a questão da saúde bucal com uma visão social e buscando a qualidade de vida da população.

Devemos ter em mente que a saúde bucal tem ganhado destaque desde a implantação do programa Brasil sorridente, pois passou a discutir mais abertamente o tema. Aliado a isso questões como o tabagismo, o uso excessivo de açúcar, deixaram de ser apenas uma questão pontual para serem tratados de modo mais abrangente e interdisciplinarmente.

Os centros têm a função de contribuir para o desenvolvimento da política de saúde bucal realizando estudos que buscam uma melhor efetividade nas ações a serem implantadas pela PNSB.

6. Resultados:

Abaixo relataremos a situação das Equipes de Saúde Bucal (EqSB) Modalidade I e II implantadas no Brasil e em suas regiões. Começaremos pelo Brasil, Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul, demonstrando a condição de janeiro 2003 até dezembro de 2010 das EqSB.

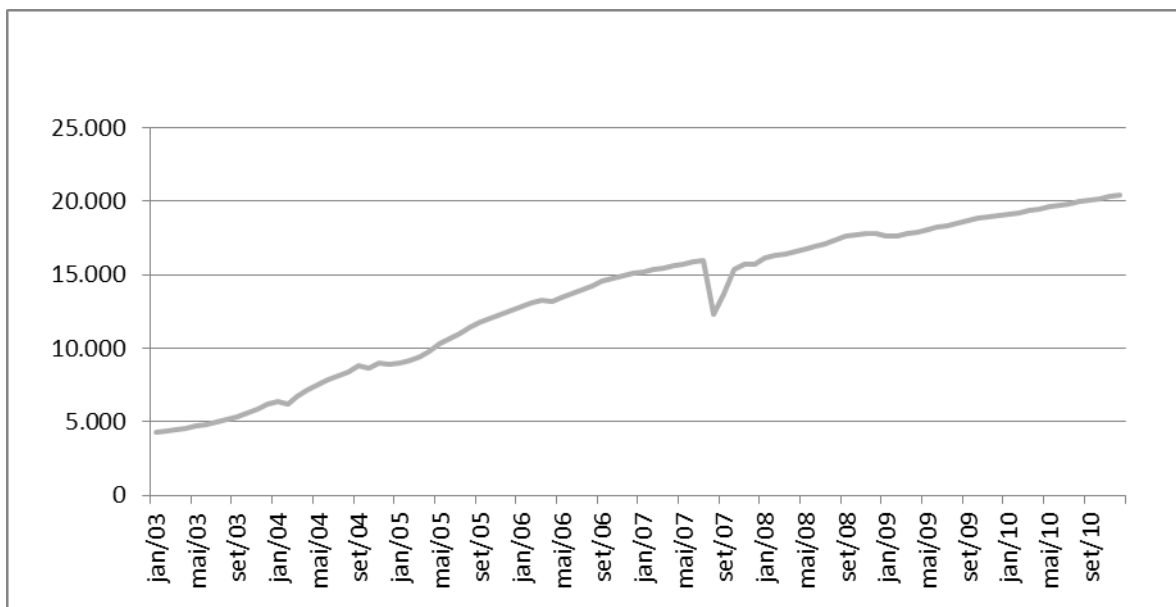


Gráfico 1: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Brasil.

No gráfico 1, é observado que no intervalo de aproximadamente 10 anos, houve um crescimento de 400% do número de equipes iniciais, contando em dezembro de 2010 com 20.424 Equipes de Saúde Bucal. Todavia a população também está em constante crescimento, e para atender uma população por volta de 191.575.774 estimada nesse período, seria necessário algo em torno de 55.530 equipes de saúde bucal, que daria a proporção prevista na Estratégia de Saúde Bucal de 01 Equipe de Saúde Bucal para cada 1.000 famílias ou 3.450 pessoas. Esse tema será abordado abaixo sobre os gráficos de proporção da população atendida pelo programa.

Também é constatado que houve uma queda das equipes em agosto e setembro 2007, reflexo da readequação do programa, descredenciamento de algumas equipes não adequadas à política e incremento de novas ações do programa.

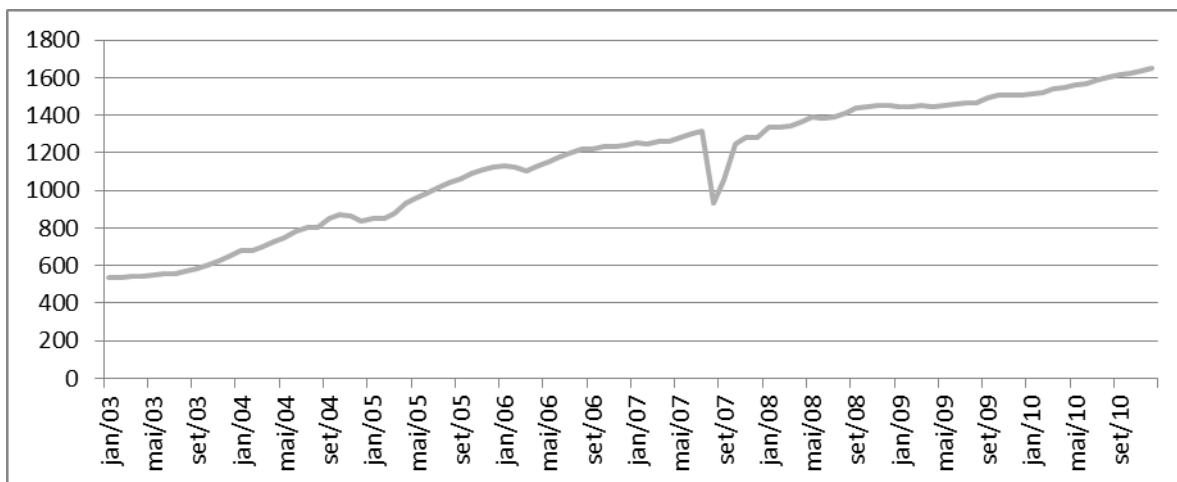


Gráfico 2: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Centro-Oeste.

A região Centro-Oeste, como demonstra o gráfico 2, em 2003, possuía 536 equipes e teve um incremento de pouco mais de 300%, passando a contar com 1.651 equipes em 2010. No entanto para atender a população estimada de 13.896.739 em dezembro de 2010 era preciso por volta de 4.028 Equipes de Saúde Bucal, necessitando de um aumento perto de 144% do número atual de equipes.

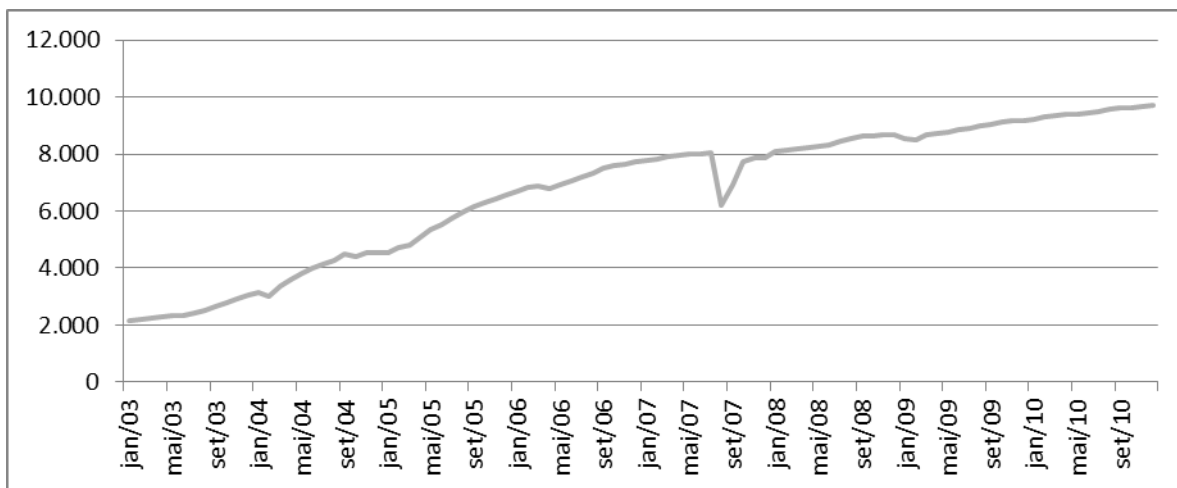


Gráfico 3: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Nordeste.

Na Região Nordeste é observado um incremento próximo de 450% no período de oito anos, de 2.150 Equipes de Saúde Bucal iniciais em janeiro de 2003 para 9.690 em dezembro de 2010, muito próximo do número ideal de equipes de 15.536 para atendimento pleno da população.

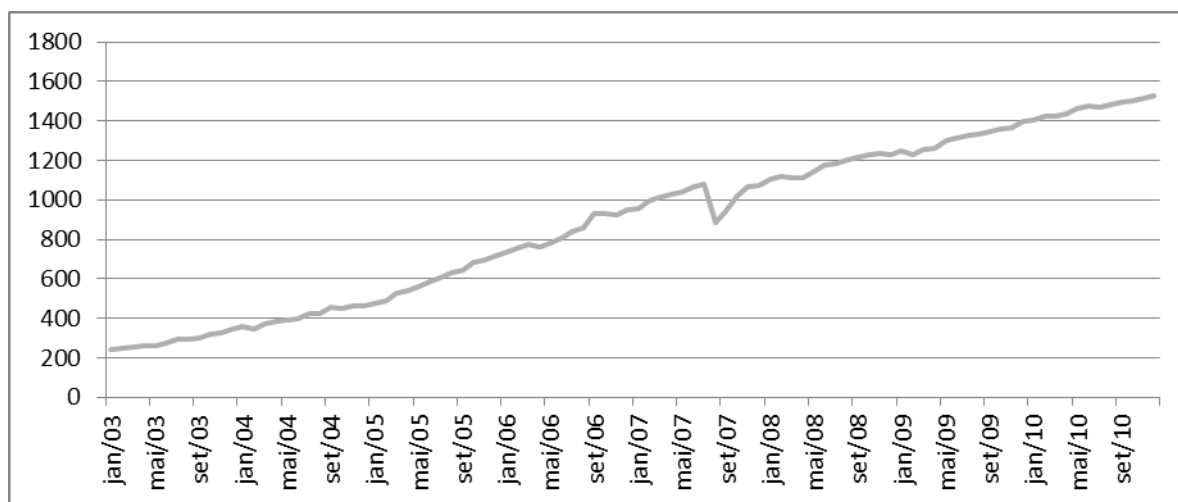


Gráfico 4: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Norte.

De acordo com o gráfico 4, na Região Norte ocorreu um incremento muito significativo nas Equipes de saúde bucal, próximo de 638%. Eram 240 equipes em janeiro de 2003, passando para 1.531 em dezembro de 2010. Mas como acontece com as outras Regiões do país ainda está longe do número adequado de equipes, pois o ideal seria 4.475 equipes para atendimento da população, necessitando de um crescimento de 200% do número atual de EqSB.

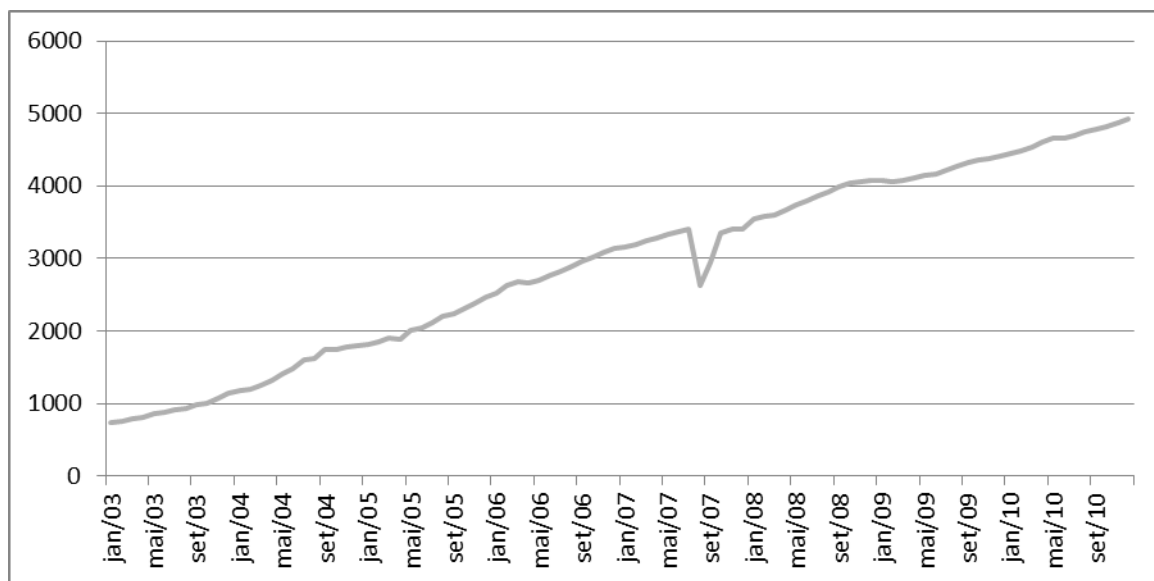


Gráfico 5: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Sudeste.

É interessante notarmos que na Região Sudeste, considerada a região mais evoluída do país, tinha 742 equipes em janeiro de 2003 e passou para 4.917 em dezembro de 2010, teve um incremento de 662%, o maior entre todas as regiões.

Mesmo com esse incremento são necessárias 23.455 Equipes de Saúde Bucal para atender a demanda de 80.920.819 pessoas em dezembro de 2010, ou seja, um acréscimo aproximadamente de mais 477% do número atual.

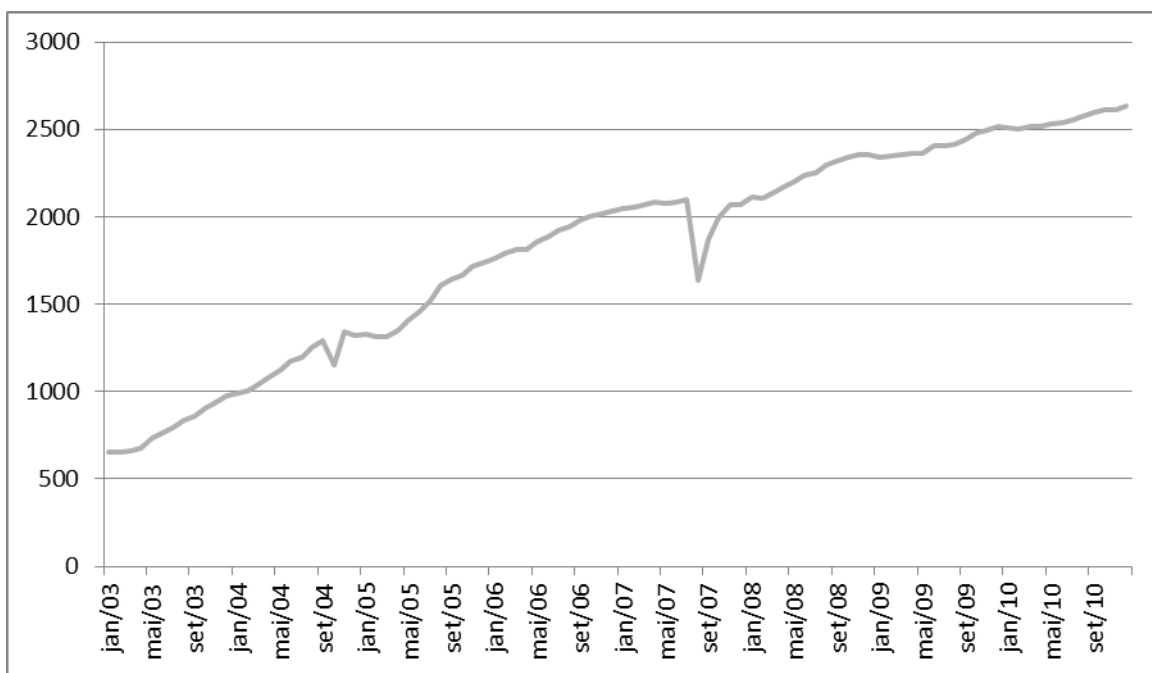


Gráfico 6: Total de EqSB implantadas Modalidades I e II, jan/2003 a dez/2010 – Sul.

Na Região Sul em janeiro de 2003 havia 652 equipes passando para 2.635 em dezembro de 2010, um acréscimo de 404% no intervalo de oito anos, no entanto como nas outras regiões ainda necessita de um crescimento de mais 304%, para chegarmos a um número de 8.035 equipes, que atenderia a população de acordo com a Estratégia de Saúde Bucal.

Agora serão relatados os dados sobre a proporção da população atendida pelas EqSB no Brasil, Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. Foi inserido propositalmente a linha média prevista na Estratégia Nacional de Saúde Bucal que é de 1.000 famílias ou 3.450 pessoas por EqSB para facilitar a leitura da mesma.

A intenção desses dados é demonstrar como está o atendimento da população com as equipes existentes em cada região do país e quais devem ter maior atenção da Coordenação

Nacional de Saúde Bucal, para buscar equalizar a situação e proporcionar o atendimento a toda população.

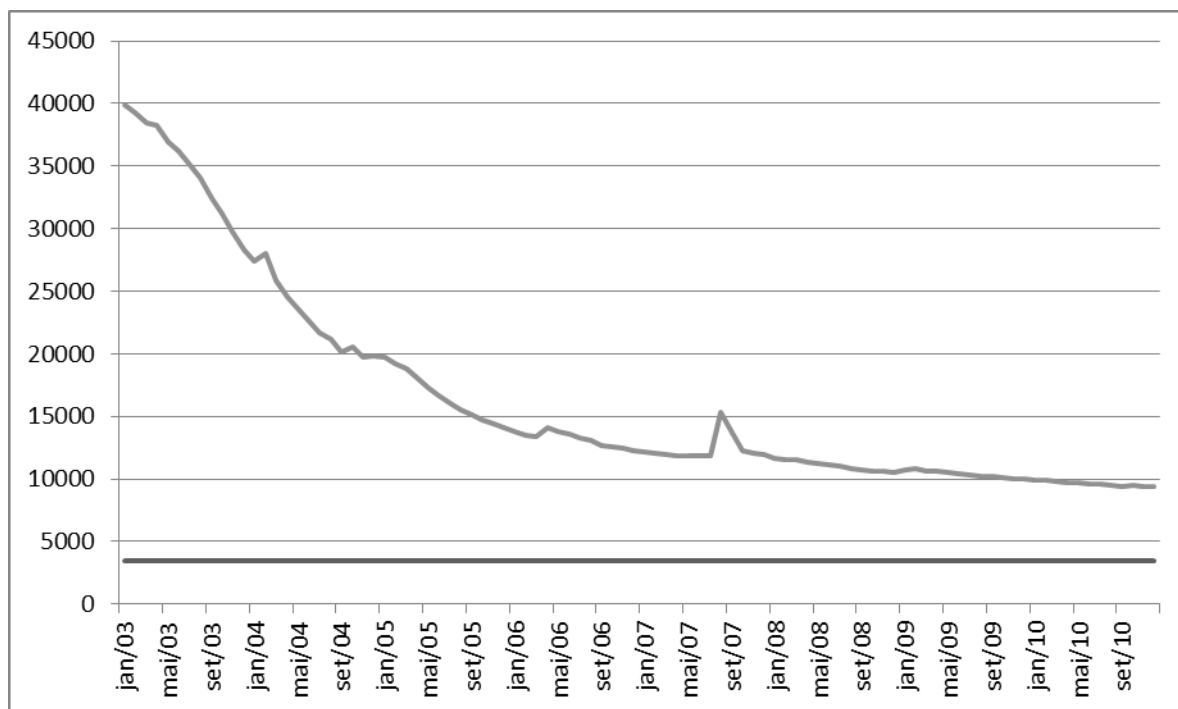


Gráfico 7: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Brasil.

No Brasil é constatado uma Equipe de Saúde Bucal para cada 9.380 pessoas, muito aquém da meta de uma EqSB para cada 3.450 pessoas, possuindo uma demanda reprimida de 270% no total de equipes para o atendimento da população no Brasil para que a meta estabelecida seja alcançada, o intervalo do estudo compreende oito anos da política pública voltada para odontologia, e é digno de nota que a Política Nacional de Saúde Bucal e o Programa Brasil Sorridente teve seu início em março de 2004.

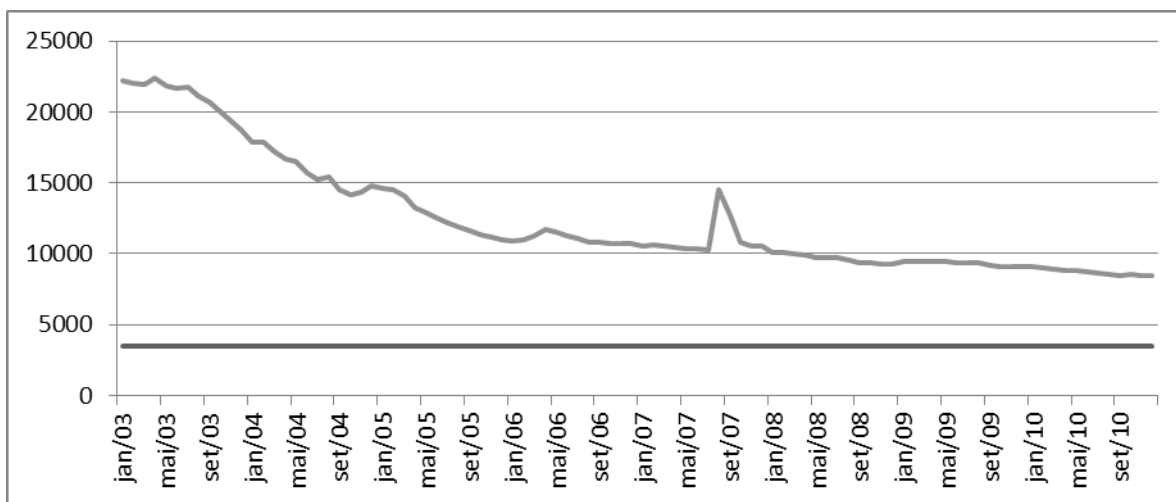


Gráfico 8: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Centro-Oeste.

De acordo com o gráfico 8, é observado na Região Centro-Oeste uma realidade um pouco melhor do que a do Brasil, porém ainda longe da meta estipulada, com uma demanda reprimida de 243% da população abrangida pelas EqSB.

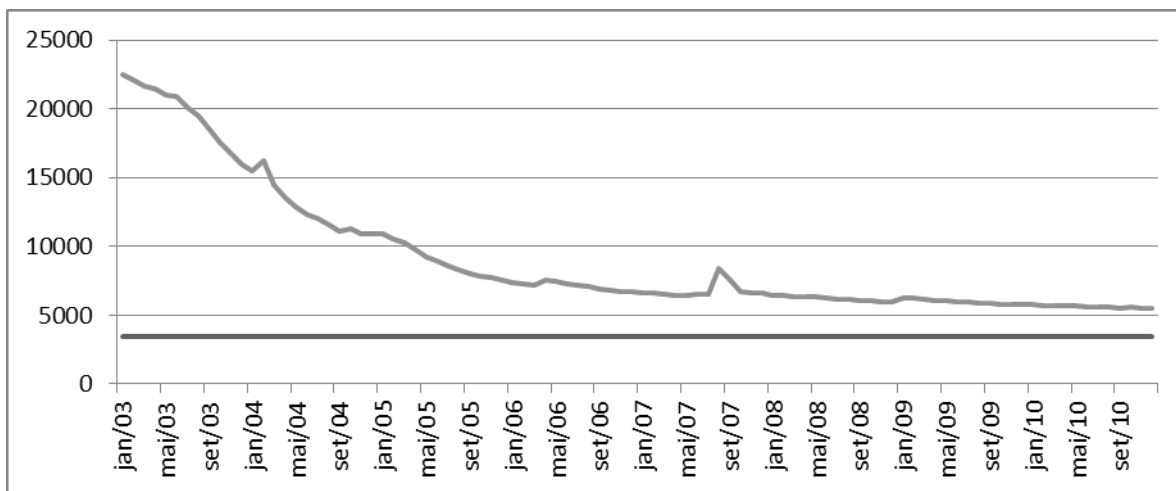


Gráfico 9: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Nordeste.

Tida por muitos estudiosos e políticos como a região mais atrasada e menos assistida pelos governos no Brasil, a Região Nordeste surpreende as estatísticas e apresenta uma

relação quase próxima a do ideal da PNSB, e nela se encontra o maior número de EqSB, com uma abrangência proporcional de 5.531 pessoas por Equipe de Saúde Bucal, possui a menor demanda reprimida entre as regiões de aproximadamente 160% da meta estabelecida de pessoas por EqSB.

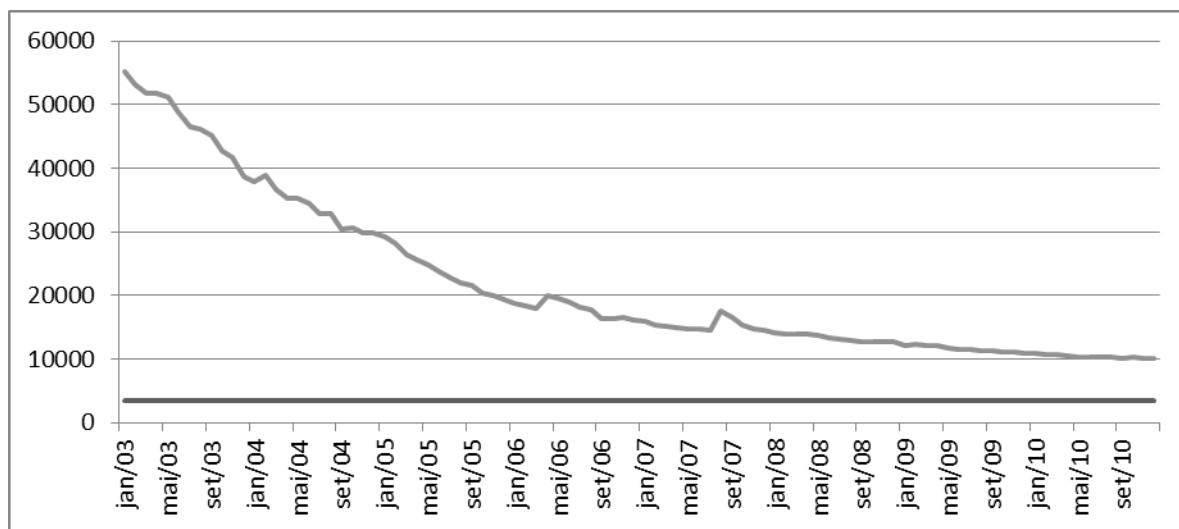


Gráfico 10: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Norte.

De acordo com o gráfico 10, a Região Norte é observado a proximidade dos índices do Brasil e da Região Sul quanto a cobertura de atendimento das EqSB, com uma demanda reprimida de 292% nos atendimentos para se adequar as metas propostas na PNSB.

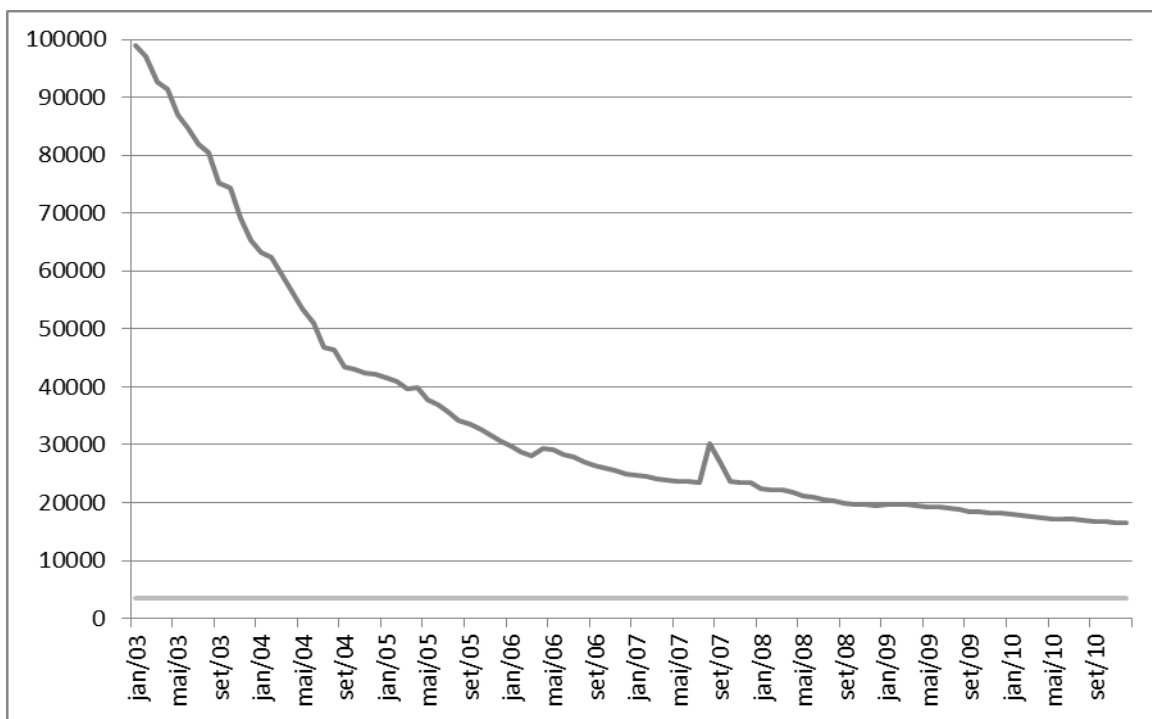


Gráfico 11: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Sudeste.

Considerada a região brasileira mais rica e desenvolvida entre as demais, a Região Sudeste apresenta um paradigma devido à sua grande população. Apesar de apresentar o segundo maior número de Equipes de Saúde Bucal em números absolutos, perdendo apenas para a Região Nordeste. É a região que está mais distante de alcançar a meta proposta pela PNSB, apresentando uma demanda reprimida de 477% da proporção da população atendida pelas EqSB.

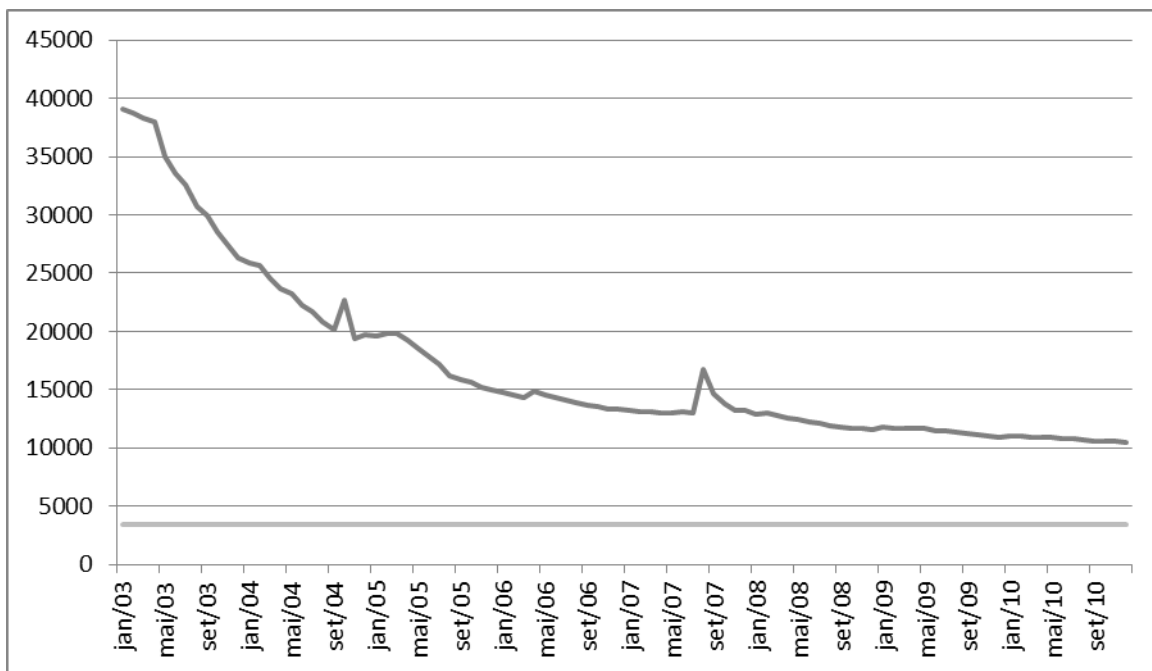


Gráfico 12: População Atendida por EqSB, jan/2003 a dez/2010 – Sul.

A Região Sul, representada no gráfico 12, está muito próxima dos números apresentados pelo Brasil e pela Região Norte, com uma demanda reprimida de aproximadamente 304% em relação à proporção de população atendida pelas EqSB, porém por se tratar de uma região também evoluída ela está bem abaixo de uma expectativa aceitável de atendimento da população, devendo investir mais na PNSB para se adequar a mesma e melhorar seus índices de cobertura das EqSB para a população.

7. Discussão:

De acordo com os dados apresentados, é observado que o Programa Brasil Sorridente possui uma ampla gama de ações que abrange as diversas áreas de atuação da Odontologia. E descrito a grande complexidade e variedade destas ações se estendem desde a educação a níveis de atendimento especial dos pacientes.

Segundo os dados apresentados da Região Centro-Oeste e Sul, estão muito próximos dos índices do Brasil, e por serem duas regiões com uma economia solidificada, principalmente o agronegócio, ainda apresenta índices bem distantes do ideal, com demanda reprimida de 243% e 309% respectivamente, o que demonstra um grande desafio para se chegar as metas estabelecidas.

Sobre a Região Norte, vale destacar as peculiaridades dessa região, que sua população está em áreas muito dispersas e que não existem vias terrestres para ligação entre as cidades e povoados, dificultando o atendimento a toda população da região, mas é louvável o grande incremento que a PNSB trouxe na atenção básica em saúde bucal a toda região, com a disponibilidade das EqSB.

De acordo com os dados, da Região Sudeste, é demonstrado um índice preocupante, pois a região necessita reavaliar sua participação na PNSB, por se tratar de referência para as outras regiões do país, não pode deixar sua população desamparada com a assistência básica em saúde bucal. É relatado constantemente na mídia a ausência de profissionais e de equipamentos para um adequado atendimento da população, faltando em muitos casos matérias básicas para o bom andamento do trabalho. Digno de nota, essa região é onde se concentra a maior parte dos profissionais da área de saúde, no caso em especial os odontologistas, que muitas vezes preferem o mercado privado ao serviço público devido à baixa remuneração e pouca oportunidade de trabalho digno ofertada.

Entretanto, a Região Nordeste, está no caminho estabelecido pela PNSB no que diz respeito a disponibilidades de equipes para atendimento a população, e que em breve estará atendendo plenamente a meta prevista. Vale ressaltar o fato que não se consegue realizar procedimentos odontológicos sem a presença de equipamentos específicos e de alto valor agregado, que o MS está disponibilizando para os Municípios através do Programa Brasil Sorridente.

Devido à grande variedade das ações, esse trabalho se limitou a analisar os dados de implantação de equipes de saúde bucal nas cinco regiões brasileiras e compará-las entre elas, pois apesar de não termos um controle mais rígido sobre a qualidade desses serviços, podemos aferir onde o programa oferece os serviços à população.

A Odontologia é uma área de saúde que necessita de equipamentos específicos e de alto valor agregado, por isso a análise de implantação das equipes de saúde bucal com suas unidades de atendimento, fornece um dado importante para ser analisado e comparado entre as regiões, nos demonstrando a importância e abrangência do programa como política pública.

Nos meios acadêmicos a saúde bucal é relacionada a uma boa educação do indivíduo, (CHAIMOWICZ, 1997). O povo que não possui uma instrução básica de qualidade e oportunidades de esclarecimentos, adquiridos através da escola, deixa de lado as questões relacionadas à higiene básica, como lavar as mãos e escovar seus dentes. Porque para eles há questões mais importantes e imediatas do que a prevenção de sua saúde, deixando para preocuparem-se apenas quando ocorre algum problema mais sério.

Na Noruega, segundo Grytten (2001), um grande obstáculo enfrentado é ofertar a toda a população um serviço de qualidade em atenção à saúde bucal. Como ocorre em outros países escandinavos como na Finlândia (NGUYEN, 2005) e Suécia (ÖSTERBERG, 1998), foi analisada a capacidade do governo de oferecer um serviço de saúde bucal adequado para cada parcela da população, pois cada faixa etária busca o serviço com objetivos e tratamentos diferenciados. Não sendo ofertados os serviços odontológicos gratuitos para a população, a não ser a serviços restritos e mais voltados para a prevenção e controle da doença bucal.

O que ocorre em caso particular com o Brasil, que o Programa Brasil Sorridente tem a proposta de abranger toda a gama de serviços odontológicos existentes (MS, 2004), isso o diferencia de qualquer outro programa similar no mundo. O acesso é universal e gratuito para toda a população, devendo apenas procurar uma unidade de saúde que possui o serviço pretendido.

Não podemos deixar de mencionar que as diferenças culturais e regionais no Brasil são muito marcantes. Os hábitos alimentares, a diversidade da população e conseqüentemente o acesso à educação de qualidade são fatores importantes para o aparecimento e controle das doenças bucais. A ingestão de açúcares é fator essencial para o aparecimento e manutenção da doença cárie nos indivíduos, e quando o indivíduo não possui um esclarecimento sobre isso acaba por ignorar esse fato, elevando o risco de propagação da doença.

As doenças bucais em sua grande maioria (ANTUNES, 2006) são infecto-contagiosas, passando de um indivíduo para o outro com a troca de fluidos e o contato íntimo. Até mesma uma mãe pode contaminar seu filho através do sopro para esfriar uma colher de comida, daí a importância da educação em saúde bucal está inserida na PNSB.

Os desafios lançados pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004) são enormes se compararmos o tamanho do Brasil e as desigualdades entre suas regiões. Todavia, segundo Costa (2006), é observada uma grande conquista nesse campo, apesar de restar muito a ser feito, mas o que já foi realizado está transformando a realidade de uma parcela da população que sequer sabia da existência de serviços especializados no tratamento da saúde bucal.

8. Considerações Finais:

Sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, e em especial o Programa Brasil Sorridente, pode-se afirmar que obteve grandes avanços em várias áreas da odontologia e em especial a quantidade das equipes de saúde bucal espalhadas por todo território nacional, apesar de ainda necessitar percorrer um grande caminho para alcançar seus objetivos propostos.

Nunca existiu na história do Brasil, uma política pública voltada exclusivamente para Odontologia e suas áreas de modo tão abrangente e universal que toda a população tivesse acesso, (MOYSES, 2000). O que ocorria eram políticas associadas a ações de saúde, principalmente da medicina, que promoviam alguma atenção à saúde bucal com alguns procedimentos fixados e uma política curativa de massa sem preconizar a educação em saúde bucal e a prevenção das doenças, (ZANETTI, 1999).

Com o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004), essa passou a fazer parte do rol de políticas públicas que buscam atender os anseios da população com serviços e ações bem especificadas e quais esferas do poder irão atuar no seu desenvolvimento e manutenção, física e financeira.

A população depois de décadas de abandono por parte do governo Federal, passou a contar com serviços antes só prestados pela rede privada de atendimento a saúde. O que era impensado uma década atrás como a possibilidade de colocação de aparelhos ortodônticos, implantes dentários e serviços de próteses na rede pública de atendimento à saúde, hoje já é possível graças à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD).

Outro ponto interessante a ser relatado é a questão dos CACON e UNACON, pois com unidades especializadas em oncologia, o diagnóstico dos tumores bucais no início de sua formação eleva muito a expectativa de vida do paciente. Recentemente tivemos a notícia que nosso ex-presidente da República está acometido com um tumor na laringe, e graças ao diagnóstico precoce suas chances de cura são altas.

Muitas vezes essa política não é percebida pelas classes mais altas da sociedade, que por uma questão de cultura utiliza os serviços privados de assistência odontológica, pois sempre foi difundida a ideia que no serviço público só extraía dentes e que os materiais eram de qualidade inferior. Todavia a população com menor poder aquisitivo depende desse atendimento para que possa ter uma saúde bucal adequada.

Esse modelo de política pública adotada pelo Brasil com toda essa abrangência e cobertura não é observado por nenhum país do mundo, alguns países como os escandinavos e alguns europeus adotam a atenção básica em saúde bucal gratuita para sua população (PACK, 1998). Porém os serviços mais especializados e que demandam maior gasto público são financiados pelo paciente através de pagamento direto no setor privado ou por seguros de saúde adquiridos para esse fim.

O Brasil apesar de ainda não ser considerado um país desenvolvido, está em um patamar muito avançado em comparação há vários países do mundo em se tratando de política pública de saúde bucal (COSTA, 2006), oferecendo serviços de baixa à alta complexidade para toda a população que busca o serviço.

As condições em muitos equipamentos públicos não são as mais adequadas e a grande demanda reprimida da população pelos serviços odontológicos, provoca um alto tempo de espera para que os pacientes sejam atendidos na sua plenitude e horários

adequados. Mas quando este paciente tem acesso ao serviço, o mesmo é prestado com qualidade e na maioria das vezes o paciente fica satisfeito com o resultado.

Com todos os problemas observados em várias áreas do programa, como o não cumprimento das metas previstas em relação às Equipes da Saúde Bucal em todas as regiões brasileiras, apesar de ter passado oito anos, e não existe previsão de quando todas as equipes estarão instaladas, não podemos criticar o programa como um todo. Ele proporcionou um grande estímulo na população que poderia a partir de agora ter acesso a serviços de odontologia antes só encontrados na rede privada de atenção à saúde. Diferenciando a política brasileira de atenção saúde bucal de países mais desenvolvidos (BRAVEMAN, 2006).

Vale destacar que no decorrer desses oito anos, saímos de uma realidade de apenas 2.333 Municípios atendidos por EqSB, para um montante de 4.830 Municípios, um aumento de 107%, ou 2.497 Municípios nesse período. E a proporção de 1,8 EqSB/Município em janeiro de 2003, saltou para 4,2 EqSB/Município em dezembro de 2010, um incremento de 133%. O Brasil possui 5.565 Municípios (IBGE, 2011), restando ainda 735 Municípios para serem abrangidos pelas EqSB.

O programa Brasil Sorridente modificou completamente como a odontologia passou a ser tratada pelo Governo Federal, antes apenas uma ação com pouca importância para os líderes, colocando-a em um nível mais elevado, proporcionando a população acesso há várias áreas de atuação odontológica que não era possível anteriormente. Esse programa trouxe a odontologia brasileira para o lugar de destaque que ela merece, pois no mundo a odontologia brasileira é vista como uma das melhores, tendo agora o reconhecimento do governo brasileiro e podendo oferecer as melhores técnicas à população desse enorme país.

9. Referência Bibliográfica:

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde - MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Brasília: MS; 2006. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf
Acessado em: 20/02/2011.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/> Acessado em: 10/11/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Coordenação Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/index.php> Acessado em: 05/08/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde da Família**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude> Acessado em: 05/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Versão eletrônica disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html Acessado em: 05/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/publicacoes.php> . Acessado em: 05/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1990. 60p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/publicacoes.php> . Acessado em: 05/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 2004. 148p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/publicacoes.php> . Acessado em: 05/08/2011.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurements. *Annu Revist Public Health*, 27; pp. 167-194; 2006.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública [online]**, vol. 31, nº 2, pp. 184-200; 1997.

COSTA, JFR; et al. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**; 67 p; 2006.

FISCHER, Tatiana Konrad. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – área de concentração em Epidemiologia**. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis; 2008.

GRYTTEN, J.; et al. Equity in access to public dental services: the experience from Norway. **Acta Odontol Scand**; 59(6); pp. 372-378; 2001.

MOYSES, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**; v.1, n.1, pp.7-17; 2000.

NGUYEN, L., et al. Determinants of dental service utilization among adults: the case of Finland. **Health Care Manag Sc.** 8(4); 335-345; 2005;

OLIVEIRA, Edjane Tenório de; et al. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde, ano/vol. 21, nº 001**, Universidade de Fortaleza, Fortaleza. P. 75-79; 2008.

ÖSTERBERG, T., et al. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. **Acta Odontol Scand.** 56: pp. 41-47; 1998.

PACK, A.R.C. Dental services and needs in developing countries. **International Dental Journal**; 48(3, supl 1); pp. 239-247; 1998.

PINHEIRO, R.S. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência em Saúde Coletiva.** 11(4); pp. 999-1010; 2006.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**, 5ª edição, Santos Editora, São Paulo, 2008.

SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Boletim do programa de saúde da família**, Brasília: MS; dezembro 2002.

TRAVASSOS, C., et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência em Saúde Coletiva.** 5(1); pp. 133-149; 2000.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **A crise da odontologia brasileira**: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. Trabalho acadêmico – Dissertação – Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília – UnB, Brasília; 1999.