

SAÚDE BUCAL COLETIVA: quadros social, epidemiológico e político

Simone Rennó Junqueira, Antônio Carlos Frias, Celso Zilbovicius.

In: Rode, SM, Nunes, SG. Atualização clínica em odontologia.

São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

Introdução

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. É inegável que ocorreram grandes avanços, mas, para um país que tem raízes profundamente ancoradas em um passado de exclusão social e de desigualdade na distribuição de renda, ainda há muitos setores a serem desenvolvidos e consolidados para que a exclusão social diminua e para que o acesso aos bens e serviços essenciais seja mais equânime, o que melhora diretamente a qualidade de vida da população e, conseqüentemente, a saúde.

Assim, para compreender o quadro da saúde bucal no Brasil, pretende-se, com este capítulo, descrever sucintamente o panorama social e econômico de nossa população, como também o perfil epidemiológico das principais doenças de interesse público na área de saúde bucal, para resgatar os principais avanços das políticas públicas de saúde no país. Sabe-se que estas devem ser planejadas no contexto em que cada população se insere para que, de fato, busquem soluções pertinentes que levem ao desenvolvimento sadio das pessoas.

Quadro social

Países da América Latina, inclusive o Brasil, sofrem com a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e do ambiente, fatores decisivos nas condições de vida e saúde da população.

A educação é um dos pontos primordiais para a consolidação e o desenvolvimento de uma sociedade e influencia a saúde das pessoas pois, em nível populacional, segmentos sociais com menor grau de escolaridade ou analfabetos estão mais expostos a agravos à saúde, inclusive problemas de saúde bucal.

No Brasil, em 1920, o analfabetismo atingia 65% da população acima de 15 anos de idade. Em 1991, esse percentual chegou a 20% e, em 2002, a porcentagem de analfabetos no grupo etário acima de 15 anos foi de 11,8%, um avanço significativo no acesso à educação para este segmento social.

Embora se tenha reduzido a taxa de analfabetismo, o Brasil enfrenta um problema social relacionado ao trabalho infantil, maneira perversa de favorecer o subemprego, que afasta as crianças e os jovens precocemente da escola.

A renda é outro fator que tem influência direta no processo saúde-doença das comunidades. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e divulgada em 2004 mostrou que 11,8% da população brasileira não têm rendimentos e outros 27,7% têm rendimentos de até 1 salário mínimo. A maioria da população (38,7%) apresenta rendimento entre 1 e 3 salários mínimos; 9,9% recebem entre 3 e 5 salários mínimos, 7,0% entre 5 e 10 e apenas 3,9% da população possuem rendimentos superiores a 10 salários mínimos. Associado aos baixos salários, a taxa de desemprego no Brasil foi de 7,1% em 2002.

Os indicadores de distribuição de renda mostram uma melhora pois, em 1990, do total de rendimentos de trabalho, os 10% com os maiores rendimentos detinham 48,1% do capital e, em 2001, este mesmo segmento concentrou 46,1% das receitas decorrentes do trabalho. Embora em queda, esse valor reflete a grande desigualdade social na distribuição de renda no país que, segundo o Bird (Banco Mundial) é um dos países com maiores desigualdades sociais da América Latina e do mundo.

A falta de acesso ao saneamento básico, por alguns segmentos sociais, tem fortes influências nos problemas de saúde, expondo-os a maiores riscos de adoecer ou morrer. Quase 20% da população mundial não têm acesso à água potável e perto de 40% não têm saneamento adequado (WHO 2003).

Segundo dados do censo demográfico do IBGE, no ano 2000, 76,7% dos domicílios estavam ligados à rede de abastecimento de água, 46,2% dos domicílios estavam ligados à rede de esgoto e apenas 83,3% dos domicílios apresentam banheiros. Os indicadores de saúde demonstram que há um aumento no número de casos de diarreia e de contaminação por parasitas intestinais em comunidades que não tem acesso ao saneamento básico. As crianças são as maiores vítimas e esta condição, associada à desnutrição infantil, reflete diretamente em um coeficiente de mortalidade infantil maior quando comparado com comunidades abastecidas por água e com coleta de esgoto.

Grande esforço para reduzir a mortalidade infantil tem sido feito e, uma das estratégias, é o programa de vacinação. O indicador de cobertura vacinal para crianças abaixo de um ano, apesar do grande território nacional e das grandes diferenças regionais, é um dos melhores do mundo. Em 2002, 97,1% das crianças foram vacinadas contra a poliomielite, 95,6% receberam a vacina tríplice viral (DPT) e 93,3% das crianças vacinadas contra o sarampo.

Na busca de explicações sobre a exclusão social do Brasil, Pochmann e Amorim (2003) relataram seus novos contornos. Para os autores, a velha exclusão social era marcada pelo subdesenvolvimento econômico, político, social e pelo modelo do capitalismo, este último considerado uma máquina de produzir e reproduzir desigualdades numa população historicamente marginalizada dos frutos do crescimento econômico. Criaram-se, assim, regiões com amplas exclusões marcadas pela pobreza, pela fome, pelos baixos níveis de renda e de escolaridade, que

incidiram mais freqüentemente sobre os migrantes, os analfabetos, as mulheres, as famílias numerosas e a população negra.

A partir de 1990, o modelo econômico neoliberal gerou uma massa de desempregados escolarizados que vivem na pobreza pela ausência de renda, assim, os contornos da exclusão social estão cada vez mais complexos e profundos. A nova exclusão social pode ser entendida pela ampliação de parcelas significativas da população em situação de vulnerabilidade social, pois atinge segmentos sociais antes relativamente preservados do processo de exclusão social, tais como jovens com elevada escolaridade, pessoas com mais de 40 anos, homens não negros e famílias monoparentais, caracterizada pelo desemprego, pela informalidade no mercado de trabalho, pela explosão da violência urbana e pela vulnerabilidade juvenil. Regiões metropolitanas, que sempre foram pólos econômicos, políticos e culturais importantes têm seu espaço degradado, caracterizado pelas altas taxas de violência, grandes contingentes de desempregados, insuficiência e precariedade de moradias (Campos et al. 2003).

Do amplo debate mundial iniciado na década de 60, realçando a determinação econômica e social da saúde em oposição à abordagem curativista e de controle de doença, emergiu a proposta de Promoção da Saúde, cuja concepção extrapola os limites do setor saúde e aponta para uma articulação com outros setores e para o estímulo à participação social (Brasil 2001).

Os brasileiros compartilham esses ideais na medida em que reforçaram, na II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), a importância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, o que foi decisivo para a elaboração da Constituição da República, em 1988. A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação.

A introdução das ciências humanas no campo da saúde, segundo Narvai (2002), constitui o discurso teórico da saúde coletiva, destacando as dimensões política, social e comunitária, de forma a relativizar o discurso biológico.

Ao ampliar o conceito de saúde e entendê-la como o resultado de um processo que sofre interferência do meio social, econômico, cultural e ambiental, outros indicadores devem ser incorporados para compor o cenário em que vive a população.

Indicadores sintéticos de qualidade de vida, como o índice de desenvolvimento humano (IDH), têm substituído os parâmetros meramente econômicos, como o produto interno bruto (PIB), na medição do desenvolvimento local, por retratar melhor as condições de iniquidades. Os efeitos das desigualdades sociais sobre as condições de saúde da população vêm sendo objeto de estudo há várias décadas e, em geral, pessoas e áreas de pior nível socioeconômico apresentam piores condições de saúde.

Apesar de alguns avanços sociais nos últimos anos, como redução do analfabetismo, aumento da escolaridade média e a ampliação do direito ao acesso aos serviços públicos com a implantação do SUS, o Brasil se configura como uma complexa combinação de uma nova exclusão social que sobrepõe seus contornos sobre a velha exclusão social, pois as medidas econômicas, políticas e sociais implantadas ainda não foram eficientes na resolução das antigas e das novas desigualdades sociais.

A importância da complexidade do processo saúde-doença é o primeiro passo para o entendimento de que as políticas públicas, inclusive as de saúde bucal, devem ser direcionadas para o bem-estar da população, garantindo a qualidade de vida das pessoas.

Quadro epidemiológico

Os processos de implantação, construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos seus diferentes níveis de gestão, devem ser subsidiados pelo diagnóstico de saúde coletiva, o que inclui a análise de medidas demográficas, epidemiológicas e de indicadores de serviços de saúde.

A epidemiologia, ao descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde da população, fornece dados essenciais para o planejamento, a organização e a avaliação das ações em saúde. Ter um sistema de informação confiável é fundamental para subsidiar as decisões no estabelecimento de prioridades e para o melhor uso de recursos físicos, humanos e financeiros. A intervenção nas outras variáveis do processo saúde-doença deve ser prevista para que ocorra uma efetiva mudança no quadro epidemiológico dos indicadores de saúde o que refletirá, dessa forma, na melhoria da qualidade de vida na população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI) estabeleceram, em 1981, cinco metas em saúde bucal relacionadas à cárie dentária para o ano 2000, com o intuito de definir um referencial comum para que os países planejassem suas ações e que estas culminassem em melhorias no quadro epidemiológico de saúde bucal.

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização do terceiro levantamento epidemiológico em saúde bucal em âmbito nacional que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários. Após um longo trabalho de planejamento e execução, que envolveu várias instituições e a participação de aproximadamente 2000 pessoas em 250 municípios brasileiros, o perfil de saúde bucal no país foi apresentado no Projeto SB Brasil 2003 (Brasil 2004d).

Apesar dos quatro anos de atraso em relação às metas propostas pela OMS/FDI, os resultados do Projeto SB Brasil foram então comparados com os valores sugeridos (Quadro 1). Observa-se que o Brasil conseguiu superar a meta proposta para a idade de 12 anos, que considera aceitável o valor do CPO-D (número de

dentes cariados, perdidos e obturados) menor ou igual a 3, mas isso não ocorreu de maneira homogênea entre as regiões do país, conforme apresentado no Gráfico 1.

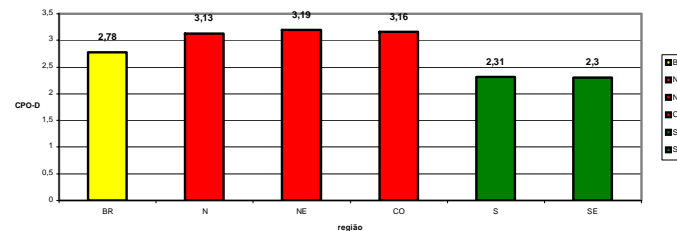
Quadro 1 – Comparação entre as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde e Federação Dentária Internacional para o ano de 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil. Brasil, 2003.

Idade/faixa etária	Metas da OMS		SB Brasil
5 anos	Porcentagem de crianças livres de cárie (ceo-d = 0)	50,0 %	40,6%
12 anos	Valor do índice CPO-D	CPO-D ≤ 3	CPO-D = 2,78
18 anos	Porcentagem de indivíduos com todos os dentes presentes (P = 0)	80,0%	55,1%
35 a 44 anos	Porcentagem de indivíduos com 20 ou mais dentes (P ≤ 12)	75,0%	54,0%
65 a 74 anos	Porcentagem de indivíduos com 20 ou mais dentes (P ≤ 12)	50,0%	10,2%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003, *adaptado* (Brasil 2004d).

O índice CPO-D em crianças aos 12 anos de idade no Brasil em 2003 foi 2,8. Pelos critérios da OMS, esse valor é considerado como de prevalência moderada (entre 2,7 e 4,4). Como exemplos de países com baixa prevalência estão os Estados Unidos, Canadá, França e Alemanha, pois possuem valores do índice entre 1,2 e 2,6. Alguns países da África, Austrália, Inglaterra e China apresentaram o CPO-D inferior a 1,2 e, portanto, são considerados como de prevalência muito baixa (Brasil 2004d; WHO 2003).

Gráfico 1 - Prevalência da cárie dentária medida pelo índice CPO-D, aos 12 anos de idade, segundo regiões. Brasil, 2003.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 (Brasil 2004d).

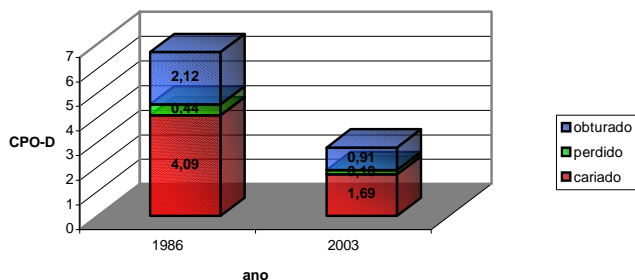
Embora o Brasil não tenha conseguido atingir a primeira meta (Quadro 1), as regiões Sul e Sudeste estão muito próximas de ultrapassá-la, o que representa livrar 50% das crianças aos 5 anos de idade da cárie dentária.

Para os adolescentes, adultos e idosos a situação ainda está muito distante de uma boa condição em saúde bucal. Isso também acontece nos países desenvolvidos, pois a prática de assistência odontológica adotada pela maioria dos países privilegiava o tratamento curativo, principalmente em crianças, em detrimento às ações de caráter coletivo voltadas para a promoção da saúde. Essa prática mostrou-se ineficaz para a melhoria da saúde bucal, daí a situação precária dos adultos no mundo inteiro.

Estudos demonstraram que, a partir da década de 70, ocorreu uma significativa redução na prevalência da cárie dentária em crianças nos países desenvolvidos e constataram que, acompanhado da redução da prevalência, ocorreu o fenômeno conhecido como polarização da doença, caracterizado pela concentração dos mais altos índices de cárie em pequenos grupos populacionais dentro de um mesmo país ou região.

Em pesquisas populacionais realizadas no Brasil, esta redução também é verificada entre os anos de 1986 (CPO-D = 6,65) e 2003 (CPO-D = 2,78), ou seja, uma redução de 58,2% na prevalência de cárie dentária nas crianças com 12 anos de idade, conforme mostra o Gráfico 2 (Brasil 1989, 2004d). Embora tenha ocorrido a diminuição do índice, a proporção entre seus componentes não foi alterada; o componente cariado ainda é responsável por pouco mais de 60% da composição do índice.

Gráfico 2 - Prevalência da cárie dentária, medida pelo índice CPO-D e seus componentes, aos 12 anos de idade. Brasil, 1986 e 2003.

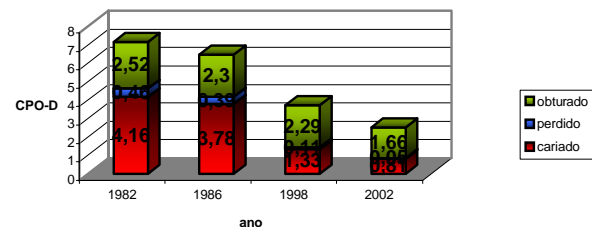


Fontes: Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986 (Brasil 1989). Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 (Brasil 2004d).

O Gráfico 3 traz os valores do índice CPO-D aos 12 anos de idade em diferentes estudos epidemiológicos no Estado de São Paulo (São Paulo 2003), o que confirma o declínio da experiência de cárie dentária entre as crianças. Tão importante quanto à redução no índice foi a inversão na composição entre os componentes do mesmo, pois, se em 1982 o valor do componente cariado correspondeu a 58,2% do índice, em 2002 ele caiu para 32,1%, sendo que o peso maior foi atribuído ao componente restaurado (65,9%).

Essa redução pode ser explicada pela aplicação de métodos de prevenção em massa, baseados na fluoretação das águas de abastecimento público, pela ampliação do acesso às ações coletivas de saúde bucal desenvolvidas no âmbito do SUS e pelo uso de dentifrícos fluoretados por grande parte da população (Freitas 2001).

Gráfico 3 - Prevalência da cárie dentária, medida pelo índice CPO-D e seus componentes, aos 12 anos de idade. Estado de São Paulo, 1982, 1986, 1998, 2002.



Fonte: São Paulo 2003.

No entanto, a cárie dentária constitui ainda um dos principais problemas de saúde bucal no mundo. Mesmo com a descoberta de métodos de prevenção, a multifatorialidade da doença e todo o contexto social atribuído ao campo da saúde dificultam seu controle.

Embora os fatores responsáveis pelo desenvolvimento da cárie sejam o acúmulo de bactérias sobre os dentes e a ingestão freqüente de açúcar, o que provoca queda de pH da saliva com conseqüente perda de estrutura mineral, a medida de maior impacto para o controle da doença é o uso racional do flúor.

O principal veículo para o flúor é a água de abastecimento público, considerado um método sistêmico. A fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida efetiva para reduzir a prevalência de cárie em âmbito populacional, tem baixo custo *per capita* e atinge de forma indiscriminada e de maneira universal todas as pessoas abastecidas por água, além de ser seguro, pois não causa danos à saúde quando a concentração de flúor está dentro de padrões recomendados como ótimos.

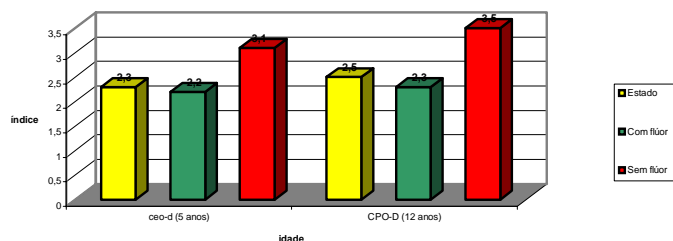
A fluoretação das águas de abastecimento público é a medida mais ampla de promoção de saúde na área de saúde bucal, pois associa ao benefício da água tratada, o seu impacto epidemiológico na redução de prevalência de cárie dentária, que é em média de 50 a 60% após 10 anos de uso contínuo. A prevalência de cárie é 49% maior em cidades que não se utilizam deste método sistêmico, assim como os componentes cariados e perdidos são expressivamente maiores do que em comunidades com este benefício (Brasil 2004d).

Por isso, foi considerada uma das dez maiores ações em saúde pública do século XX (CDC 1999) e quase 210 milhões de pessoas no mundo recebem esse benefício. É recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da

Saúde, sendo obrigatória no Brasil onde houver estação de tratamento de água desde 1975, quando foi regulamentada a Lei Federal 6.050, de 24/05/1974.

De acordo com o relatório sobre as condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, em 2002, as crianças de 12 anos de idade apresentaram, em média, 2,5 dentes atacados pela cárie. Aquelas que moravam em cidades sem flúor na água apresentaram, em média, um dente a mais atacado pela cárie quando comparadas com crianças que viviam em cidades com flúor na água. O mesmo ocorreu entre as crianças aos 5 anos de idade (Gráfico 4). Deve-se destacar que, com essa baixa prevalência de cárie, um dente a mais acometido pela doença tem um peso importante, pois implica num custo maior para o tratamento restaurador (São Paulo 2003).

Gráfico 4 - Prevalência da cárie dentária, medida pelos índices ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade. Média no Estado e nos municípios com ou sem flúor na água de abastecimento. Estado de São Paulo, 2002.



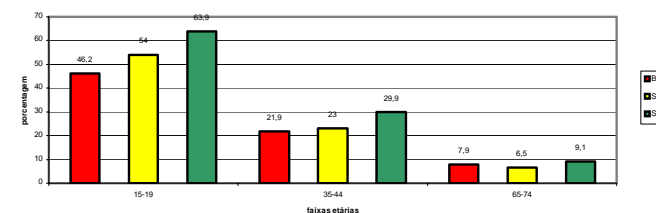
Fonte: São Paulo 2003.

Em 2004, apenas 60% dos municípios brasileiros com abastecimento de água faziam a fluoretação. Garantir a fluoretação das águas é uma grande vitória, mas deve-se também garantir a vigilância dos teores de flúor em níveis adequados para que a população não esteja exposta à superdosagem (risco de fluorose dentária) ou subdosagem, o que não traria benefício para a redução da prevalência de cárie dentária.

Com relação à doença periodontal, os índices ainda são preocupantes (Gráfico 5). Menos de 50,0% dos jovens brasileiros entre 15 e 19 anos não têm problemas periodontais, porcentagem que diminui com o aumento da faixa etária pois, dentre os idosos brasileiros (65 a 74 anos de idade), apenas 7,9% estão livres da doença. Esta situação apresentou-se pouco mais favorável no Estado de São Paulo, nas diferentes faixas etárias. Entretanto, índices periodontais apresentam-se baixos

entre os idosos, não por estarem saudáveis, mas por possuírem poucos dentes na boca para serem examinados (Brasil 2004d).

Gráfico 5 - Porcentagem de indivíduos livres de doença periodontal, segundo faixas etárias, no Brasil e na região Sudeste em 2003 e no Estado de São Paulo em 2002.



Fontes: Brasil 2004d. São Paulo 2003.

A periodontite severa, caracterizada pela presença de bolsas periodontais superiores a 6 mm – de acordo com o Índice Periodontal Comunitário (CPI), está presente em 5 a 15% da população mundial. O tabagismo foi apontado como responsável por mais da metade dos casos de doença periodontal em adultos de países industrializados (WHO 2003).

O edentulismo, embora não considerado com um problema de saúde pública por ser decorrente da cárie e/ou da doença periodontal, principalmente em adultos e idosos, merece ser destacado. Em grande parte do mundo, a perda dentária é ainda considerada uma consequência natural do envelhecimento. Os Estados Unidos possuem 26% de edêntulos na faixa etária de 65 a 69 anos de idade e alguns países da Europa, como a Itália, Áustria e Lituânia, possuem menos de 20% de desdentados totais entre 65 e 74 anos de idade (WHO 2003).

Os resultados preliminares da Pesquisa Mundial em Saúde, conduzida no Brasil pelo Ministério da Saúde e pela Fiocruz (2003) apontaram um percentual de 37,8% de indivíduos com mais de 50 anos de idade sem nenhum dente natural presente na boca.

O tabagismo é apontado não só como um importante fator de risco para as doenças periodontais, mas também para as lesões malignas em tecido mole. A taxa de incidência do câncer bucal varia de 1 a 10 casos por 100.000 habitantes em diversos países. A prevalência do câncer de boca é particularmente elevada entre os homens e está em 8º lugar, segundo a localização primária mais freqüente na população mundial e em 6º lugar no Brasil, pelos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2003. Na Ásia está entre os três locais mais freqüentes (WHO 2003).

A OMS, em publicação sobre as condições de saúde bucal no mundo, reforçou que as doenças bucais são influenciadas por fatores sociais, ambientais e comportamentais, que podem agir como fatores de risco – no caso de desigualdades sociais, consumo de bebidas alcoólicas e cigarro, dentre outros, ou como fatores de proteção – como no caso da exposição à produtos fluoretados. São ainda consideradas como problemas de saúde pública por suas elevadas prevalências e incidências no mundo e pelos efeitos que trazem em relação à dor, sofrimento, deficiência funcional e deterioramento da qualidade de vida (WHO 2003).

Ainda neste relatório, a OMS enfatizou a necessidade de se priorizar as ações de educação voltadas para as doenças que apresentam fatores de risco evitáveis ligados ao modo de vida, como má alimentação e tabagismo. Este não deve ser o único foco, pois programas com ênfase em componentes educativos relacionados aos riscos comportamentais passíveis de mudança atribuem a responsabilidade ao próprio indivíduo, distanciando-se da proposta de promoção da saúde que, por meio de políticas públicas, busca criar condições sociais, econômicas, culturais e ambientais favoráveis ao desenvolvimento da saúde e da capacidade de decisão dos indivíduos.

A mudança de comportamento ou de hábitos é apenas um dos objetivos da educação em saúde. O propósito da educação é a libertação humana, ou seja, tornar os indivíduos sujeitos de seu próprio aprendizado e participantes de atividades para que desenvolvam um pensamento crítico capaz de analisar o contexto social de seus problemas para buscar soluções.

A prática educativa contribui para o fortalecimento da noção de cidadania e da participação em organizações sociais co-responsáveis pelas definições das políticas públicas de saúde pertinentes ao bem-estar da sociedade.

Quadro Político

Políticas Públicas de Saúde - o Sistema Único de Saúde

O final do século XX representou, para a saúde coletiva brasileira, um momento marcado por importantes avanços das políticas públicas de saúde, porém acompanhados de contradições caracterizadas por uma adoção de práticas macroeconômicas de cunho neoliberal que dificultaram a implantação destas políticas.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, que determinou a saúde como direito de todos e dever do Estado, e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8080, de 19/9/1990, a busca por uma política pública que reflita e ponha em prática os princípios de universalidade, equidade e integralidade, em resposta às necessidades da sociedade brasileira, tornou-se o paradigma principal da saúde pública.

Acompanhado deste processo de transição de uma prática excludente para uma prática voltada para a promoção da saúde, dentro de uma visão onde esta não mais representa somente a ausência de doença e sim uma teia multifatorial de

variáveis que permeiam as condições básicas de subsistência como acesso ao trabalho, terra, moradia, lazer, transporte etc, a sociedade brasileira assistiu a um crescimento significativo de uma prática de saúde mercantilizada, onde a assistência médico-hospitalar transformou-se num instrumento de negociações entre empresas prestadoras e seus clientes, o que construiu uma imagem em que as ações de saúde pública, tanto as de cunho preventivo como as assistenciais, ficariam restritas às camadas menos favorecidas da população, em oposição assim aos princípios do SUS.

A saúde bucal coletiva no Brasil acompanhou este processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde, com o avanço, de maneira significativa, na elaboração de políticas públicas, delineado por um sistema de atenção que transforme a prática de assistência odontológica descrita, já no relatório final da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980 (antes da implantação do SUS), como ineficaz, ineficiente, de baixa cobertura, de caráter monopolista e mercantilista, com uma baixa resolubilidade e mal distribuída geográfica e socialmente.

A necessidade de se formar cirurgiões-dentistas capazes de planejar, executar e avaliar ações individuais e coletivas voltadas para as necessidades tanto socioeconômicas como epidemiológicas da população, já fora apontada desde a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasil 1986).

Adotar como critério a necessidade de se aumentar a quantidade de cirurgiões-dentistas no mercado de trabalho, com a alegação de que muitos não têm acesso à serviços de saúde bucal por falta de profissionais, não foi, e não será, suficiente para reverter o quadro epidemiológico em saúde bucal dos brasileiros.

Sobre o acesso aos serviços odontológicos, o relatório da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, afirmou que 18,7% da população brasileira nunca foram ao dentista. O relatório do Projeto SB Brasil 2003 apontou um percentual de 13,5%.

Sabe-se que, mais que um desequilíbrio quantitativo, o país sofre com uma distribuição profissional irregular, cujo planejamento pressupõe que sejam adotados critérios sociais e epidemiológicos. No Estado de São Paulo, por exemplo, o número de cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia é maior em municípios que apresentam melhores indicadores sociais como renda média, índice de condições de vida e distribuição de renda, o que denota o caráter privativo preferencial dos profissionais.

A atual orientação do Conselho Nacional de Educação, por meio das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia, reforça a importância de se formar cirurgiões-dentistas capazes de “atuar em todos os níveis de atenção à saúde, (...) pautados em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade” (Brasil 2002).

Embora a formação do profissional de saúde inclua tarefas tradicionais de caráter técnico, é necessário que compreenda o que é trabalhar em saúde, adquirindo

conhecimentos e habilidades para a interlocução, para se dirigir a um público e, principalmente, para incorporar em seu exercício o universo político que o rodeia.

A melhor qualificação dos futuros profissionais deve ser acompanhada da formação e integração de outros profissionais na Equipe de Saúde Bucal como os auxiliares de consultório dentário (ACD) e os técnicos de higiene dental (THD). Segundo Narvai (2003), “a equipe de saúde bucal é o novo sujeito da nova prática odontológica que se está buscando criar e consolidar, prática que seja capaz de, efetivamente, promover saúde bucal”. A integração destes profissionais permite, de forma racional, o aumento da produtividade, da qualidade e do rendimento do sistema de trabalho, desde que se respeite uma proporção adequada entre auxiliares e cirurgiões-dentistas.

Como salientado por Narvai (2003), o poder público não pode se eximir do estabelecimento de diretrizes para a formação e desenvolvimento de recursos humanos odontológicos que de fato tragam benefícios à saúde da população. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, assumiu esse papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação de políticas para a formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde no Brasil (Brasil 2004e).

Como estratégia para a recomposição das práticas no setor saúde surge a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, cuja proposta de educação permanente pressupõe a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, portanto, este encontro tem como referências a necessidade de saúde das populações, a gestão local dos serviços e o controle social (Brasil 2004e).

Sobre as necessidades de saúde da população, estratégias adotadas no nível coletivo como a fluoretação das águas de abastecimento, a adição de flúor aos dentífricos e a estruturação de ações coletivas no âmbito do SUS contribuíram para o decréscimo dos índices de cárie dental em crianças. Mas, ao mesmo tempo, faz-se necessário um amplo processo de formulação de uma política nacional de saúde bucal que responda às necessidades de todas as faixas etárias da população brasileira e que não mais se caracterize por uma prática exclusiva para as “gerações do futuro” e mutiladora para as populações adultas.

Assim, é possível afirmar que a Saúde Bucal Coletiva brasileira adentrou o século XXI com importantes desafios como o de universalizar a atenção para alterar o perfil epidemiológico das populações adultas; implantar um sistema racional de trabalho, por meio da equipe de saúde bucal, para aumentar o acesso da população brasileira dentro de uma perspectiva integral de saúde que respeite a equidade e o perfil de cada população e inserir a saúde bucal na agenda da política nacional de saúde, quer seja nas decisões governamentais ou nas esferas de Conselhos de Saúde e demais fóruns de representação da sociedade onde a saúde for discutida.

Este processo de resgate da consciência sanitária não ocorre de maneira rápida e, pode-se dizer que ainda está em franco desenvolvimento. Porém teve importantes movimentações nos últimos anos, tanto em nível municipal com inúmeros projetos locais sendo implantados pelo país, como no nível federal com a reformulação da área técnica de saúde bucal do Ministério da Saúde, que permitiu o avanço de ações importantes em nível nacional.

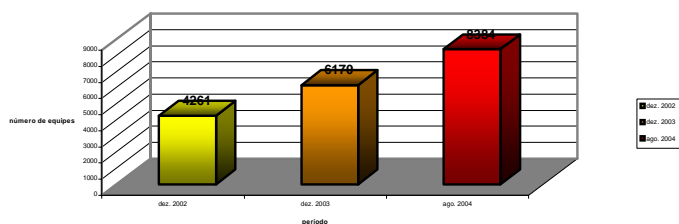
A saúde bucal e o Programa de Saúde da Família

Como uma estratégia para estruturar o modelo assistencial na atenção básica do SUS, o Ministério da Saúde introduziu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), inspirado no Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) criado em 1991. A família é a unidade de ação do programa, cujo projeto tem como eixo central as ações de vigilância à saúde vinculadas à rede de serviços do SUS, com garantia de atenção integral aos indivíduos e suas famílias (Roncalli 2003). O PSF apresenta um enfoque de trabalho multiprofissional onde a equipe mínima é constituída por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, número este que varia conforme o número de pessoas sob a responsabilidade do agente comunitário que é, em média de 550 pessoas.

A inserção da saúde bucal no PSF ocorreu de forma não organizada, ficando restrita a alguns municípios brasileiros até o ano 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde, com a Portaria MS nº 1444, de 28/12/2000, regulamentada pela Portaria nº 267 de 06/03/2001, instituiu um incentivo financeiro para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: Modalidade I - composta por CD e ACD (ambos 40 horas semanais) ou Modalidade II - composta por CD, THD e ACD (todos 40 horas semanais).

A Portaria nº 673/03, do Ministério da Saúde, alterou a proporção de equipes de saúde bucal no PSF para 1:1, ou seja, para cada equipe de saúde da família poderá ser integrada a respectiva equipe de saúde bucal. Para a efetivação destas equipes foi criado um sistema de transferência de recursos especiais para os municípios habilitados em uma das modalidades. Segundo dados do Ministério da Saúde (de setembro de 2004), estes valores correspondiam a R\$ 20.400,00 anuais por equipe na modalidade I e R\$ 26.400,00 anuais na modalidade II. O Gráfico 6 mostra que o crescimento do número de equipes de saúde bucal, em 20 meses, foi de 96,8%. Em termos populacionais, ampliou-se de 26.170.330 habitantes em dezembro de 2000 para 44.402.239 habitantes em agosto de 2004, o que representa um aumento de 69,7%.

Gráfico 6 - Crescimento do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família, Brasil, 2002 a 2004.



Fonte: Ministério da Saúde 2004.

É importante salientar que o PSF é uma estratégia de organização da atenção básica no SUS e que tem como base fundamental de sua ação a territorialização, com um enfoque na determinação de necessidades sociais e epidemiológicas da população adscrita, portanto, deve ser implantado levado-se em conta a devida integração com os demais níveis de atenção do SUS (secundário e terciário) e não pode ser analisado como um processo isolado e verticalizado de estruturação da saúde pública brasileira. A saúde bucal, neste contexto, também deve ter um enfoque estruturado numa concepção de promoção da saúde, integrada às demais áreas da saúde.

Política Nacional de Saúde Bucal

O Ministério da Saúde lançou, no início de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), marco inicial do extenso processo de debates e construção de estratégias que culminariam com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal no mesmo ano. Este documento, que apresenta as linhas fundamentais desta política, apresenta o “conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, relacionado a uma concepção de saúde não mais centrada na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, na incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e no desenvolvimento das ações intersetoriais” (Brasil 2004b).

Com uma visão integral do processo saúde-doença, a PNSB propõe uma reorientação do modelo de atenção, apoiada numa adequação do sistema de trabalho das Equipes de Saúde Bucal para que englobem ações de promoção e proteção da saúde. A equipe de saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação política e social que transcende a dimensão técnica da odontologia, para ampliar racionalmente

o acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as “linhas de cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos centrados no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento (referência e contra-referência) para que resultem em ações resolutivas.

Para ocorrer esta mudança na prática odontológica, segundo a PNSB, são necessários importantes processos que visem ampliar e qualificar a assistência – desde a efetiva inclusão das equipes de saúde bucal no PSF como forma de garantir o acesso à atenção básica, até a estruturação da atenção no nível secundário e terciário, visto que estes serviços odontológicos especializados, no âmbito do SUS, correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (Brasil 2004b).

Esta política apresenta uma proposta de permanente sistema de vigilância epidemiológica e de informações para acompanhar o impacto das ações, avaliar e planejar distintas estratégias e/ou adaptações que se façam necessárias devido aos diferentes perfis socioeconômicos da população brasileira. Neste sentido, uma agenda de pesquisas científicas que envolvam tanto o estudo dos principais problemas de saúde bucal como o desenvolvimento de alternativas tecnológicas é fundamental para a efetiva dinamização desta política.

A PNSB teve suas primeiras movimentações durante o ano de 2004 com o lançamento do Programa Brasil Sorridente que previu, até o final de 2006, um investimento da ordem de R\$ 1,3 bilhão em saúde bucal no contexto do SUS. Dentre as ações propostas estão: a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que serão distribuídos em todos os estados brasileiros nos municípios que já apresentarem um histórico de referência em atendimento especializado em outras áreas; a distribuição de insumos para as equipes de saúde bucal realizarem procedimentos clínicos restauradores e preventivos, o que aumenta a resolubilidade da atenção básica; o aumento dos incentivos das equipes de saúde bucal dentro do PSF com o fornecimento de equipamento odontológico completo para as equipes na modalidade II; o apoio para a implantação da fluoretação das águas de abastecimento em municípios que ainda não tenham realizado esta importante medida de prevenção (Brasil 2004c).

Para a efetiva implantação destas políticas públicas de saúde, caracterizadas por ações de médio e longo prazo, é necessário o acompanhamento e uma efetiva participação da sociedade. Este processo é possível no cotidiano do SUS por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde existentes em todo o território nacional, bem como pela participação nas Conferências de Saúde, convocadas para o permanente diálogo e debate dos atores envolvidos na construção de um sistema que é dinâmico e democrático.

III Conferência Nacional de Saúde Bucal

Após onze anos desde a realização da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, foi realizada em Brasília, em 2004, a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, que contou com a participação de 883 delegados eleitos (447 representantes de usuários dos serviços de saúde de todos os Estados, 228 representantes dos trabalhadores da saúde e 208 representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde). Esta etapa concluiu um importante processo nacional de conferências municipais e estaduais, onde cerca de 8 mil pessoas participaram na elaboração de propostas e documentos que resultaram na redação de um relatório final que reflete, assim, um esforço coletivo para o amadurecimento do SUS e a consolidação da noção de direito à saúde, após 15 anos desde a promulgação da Constituição da República de 1988.

O tema central da III CNSB, “saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) educação e construção da cidadania; 2) controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde bucal e 4) financiamento e organização da atenção em saúde bucal. Deste processo de debates, um extenso conjunto de proposições foi examinado, aprovado e submetido ao Conselho Nacional de Saúde para que sirva de referência à sociedade e ao Estado brasileiro na tomada de decisões e na organização da atenção em saúde bucal (Brasil 2004a).

Com relação à educação e construção da cidadania, o relatório final reforçou a noção de educação em saúde como um dos instrumentos “de formação para uma nova cultura política de participação popular e de exercício da cidadania, de forma individual ou coletiva, na superação das desigualdades econômicas e sociais existentes, que restringem a melhoria nos padrões de saúde em nosso país, de acordo com as diretrizes do SUS” (Brasil 2004a).

O relatório ainda frisou que “a construção de uma política de informação e comunicação para a melhoria da saúde, além de produzir informações para os cidadãos, esferas de gestão, prática profissional, geração de conhecimento e controle social, contribuirá no processo de formulação, acompanhamento e avaliação da política de saúde e nela incluída a saúde bucal”. Ressaltou a necessidade de se garantir o acesso à informação, direito do cidadão, tanto por parte da sociedade como de todas as esferas de governo. É necessária uma estratégia de educação permanente em saúde bucal, formal e popular, nos diversos marcos sociais, que inclua projetos de integração entre a educação, a saúde e a comunicação social, para contribuir com a capacitação e a formação de profissionais que empreguem metodologias pedagógicas participativas e eficientes.

A área temática de controle social, gestão participativa e saúde bucal reforçou a necessidade de discutir as questões de saúde bucal em todas as esferas de participação social do SUS, tanto nos Conselhos de Saúde como nas Conferências, o que garante não apenas os mecanismos de fiscalização, mas um

sistema efetivo de escuta social, onde as necessidades da população, dos servidores e dos gestores sejam efetivamente debatidas no processo de construção de propostas para a melhoria da atenção em saúde.

Entre as várias análises e proposições do eixo de debates sobre a formação e trabalho em saúde bucal, destaca-se que, apesar do Brasil contar com um grande número de cursos de graduação em odontologia (no início de 2004 eram 161 cursos), o modelo formador de profissionais em saúde bucal está dissociado da realidade brasileira, pois não orienta os egressos a uma efetiva prática comprometida com as reais necessidades da maioria da sociedade brasileira, o que aponta para um “diagnóstico de alienação pernicioso do ensino odontológico na formação de recursos humanos em saúde bucal” (Brasil 2004a).

O relatório propôs uma estratégica redefinição do modelo de formação de recursos humanos que: estimule a discussão do projeto político-pedagógico dos cursos formadores destes profissionais na área da saúde; que efetive uma aproximação entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, por exemplo, por meio de estágios supervisionados ou pela implantação dos pólos de educação permanente em saúde em todos os estados brasileiros que visem a capacitação de profissionais de saúde, incluídos os da saúde bucal, de acordo com as realidades locais de cada região.

No que diz respeito ao financiamento em saúde bucal, a III CNSB reafirmou a necessidade de se buscar mecanismos efetivos de financiamento do sistema de saúde, inclusive da saúde bucal, para que não se restrinjam aos patamares mínimos previstos na Emenda Constitucional 29 (EC 29), aprovada em 2000, que instituiu percentuais mínimos obrigatórios para a saúde em cada esfera de governo. Porém, a EC 29 ainda não foi regulamentada, o que dificulta um aumento significativo de verbas para a implantação das políticas públicas do setor. O relatório final ainda destacou a necessidade de se aumentar os valores repassados pelo SUS aos municípios, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), o que garantiria assim o custeio das ações em saúde bucal.

A organização de um modelo de atenção em saúde bucal faz parte do último capítulo do relatório final da III CNSB. Este perfeitamente abordadas nos debates sobre a atenção básica em saúde bucal no SUS, especificamente as determinadas à ampliação e incorporação definitiva das equipes de saúde bucal na equipe mínima do PSF e reafirmou, de forma contundente, que:

“na odontologia, a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolubilidade das ações que realiza” (Brasil 2004a).

Considerações Finais

A saúde no Brasil deve ser pensada dentro deste contexto social e econômico em que vive o país, caracterizado pela desigualdade social e alto índice de desemprego. A resposta às pressões, como a acelerada urbanização, o envelhecimento da população, o crescimento ou a volta de doenças típicas do subdesenvolvimento, entre outras, passa pela conjugação de padrões aceitáveis de emprego, segurança, de educação básica, de alimentação adequada, de disponibilidade de serviços de água, esgoto e coleta de lixo e por melhores condições ambientais, com ênfase na prevenção e promoção da qualidade de vida.

Diante dos quadros sociais e epidemiológicos brasileiros e, reafirmada a importância dos fatores determinantes do processo saúde-doença, as políticas públicas devem ser direcionadas para a promoção da saúde, cujas estratégias devem enfatizar a criação de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e da capacidade dos indivíduos, o que demanda uma abordagem intersetorial.

Para isso, é necessário primeiro a formação de profissionais socialmente compromissados e capazes de produzir mudanças não apenas no padrão de doença da população, mas, fundamentalmente, na conscientização da importância da participação popular no planejamento, execução e controle das ações e serviços prestados à comunidade.

O conhecimento das necessidades em saúde bucal e das limitações (ainda) do sistema por parte da sociedade civil organizada, só favorece o desenvolvimento de políticas públicas que sejam adequadas ao perfil epidemiológico e que melhorem a qualidade de saúde bucal da população. Esta deve ser objeto de permanente discussão social, por isso a ênfase dada às CNSB, pelo seu caráter de fórum de debate capaz de apresentar propostas e de direcionar as decisões sobre as políticas públicas de saúde bucal.

O amadurecimento e a consolidação da Saúde Bucal Coletiva no Brasil demonstram que a construção de um modelo, antes visto como utópico, é viável e culminaram com esta política nacional de saúde bucal mais abrangente e com a realização da III CNSB, onde se discutiu as inúmeras experiências já realizadas e apontou-se para a necessidade de se firmar uma extensa agenda com ações integradas que efetivamente contribuam para a melhoria da saúde bucal dos brasileiros. Com isto, a prática odontológica, quer pública ou privada, tem a possibilidade de ser fundamentada em novas perspectivas, visto que o resultado dessas ações pode alterar o perfil de saúde bucal da população.

Os autores agradecem a colaboração do Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior, coordenador nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde e equipe pelo fornecimento de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19/02/2002. Brasília: DOU, 04/03/2002. Seção 1, p. 10.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: CD-MS; 1989.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 25 a 27 de setembro de 1993. Relatório final. Brasília: CFO; 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Mundial de Saúde. Brasil 2003. Primeiros Resultados. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 29 de julho a 01 de agosto de 2004. Relatório final. Brasília; 2004a
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 21 de setembro de 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programas da Saúde. Brasil Sorridente. Disponível em URL: <http://saude.gov.br>. Acesso em 21 de setembro de 2004c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004d.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Série C. projetos, Programas e Relatórios. Brasília/DF; 2004e.
- Campos A, Pochmann R, Amorim R, Silva R. (org). Atlas da exclusão social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial. volume 2. São Paulo: Cortez, 2003.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, 1990-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. MMWE 1999; 48: 933-40.
- Freitas SFT. História social da cárie dentária. Bauru: EDUSC; 2001.
- Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002.
- Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L. Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.475-494.
- Pochmann M. Amorim R. (org). Atlas da exclusão social no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ArtMed; 2003. p.28-49.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002. Projeto SB 2000: amostra ampliada para o Estado de São Paulo. São Paulo: SES; 2003.
- World Health Organization. The World Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO/NMH/NPH/ORH; 2003.