



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CARLOS KOITI YASSUDA

POLÍTICAS ASSISTÊNCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Londrina
2021

CARLOS KOITI YASSUDA

POLÍTICAS ASSISTÊNCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Luiza Hiromi Iwakura Kasai

Londrina
2021

CARLOS KOITI YASSUDA

POLÍTICAS ASSISTÊNCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual de
Londrina - UEL, como requisito parcial para a
obtenção do título de Cirurgião Dentista

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof Dra Maria Luiza Iwakura Kasai
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Ma. Maura Sassahara Higasi
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, ____ de _____ de ____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais, que não mediram esforços para que isso fosse possível, que sempre me incentivaram, apoiaram e me guiaram durante toda essa trajetória.

Aos meus familiares, tios, primos e amigos, que me acompanharam durante todo esse caminho.

A professora Dra. Maria Luiza Hiromi Iwakura Kasai, por ter aceito o convite para ser minha orientadora, por todo conhecimento transmitido, por toda dedicação, paciência e tempo disponibilizado.

Ao professor Dr. Ricardo Shibayama, que me incentivou desde o início, pela paciência, por todo o conhecimento transmitido, que me ofereceu a oportunidade de praticar muito, me orientou com bons conselhos, contribuindo muito no desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao projeto do Pronto Socorro Odontológico, por ter sido uma segunda faculdade e um campo de estágio excelente, a todos os colegas e amigos incríveis que fizeram parte disso, gratidão eterna.

Agradeço a todos os colegas de turma pela parceria e amizade.

À Universidade Estadual de Londrina e a todos os professores do curso de Odontologia, que me permitiram finalizar esse ciclo.

Aos funcionários da COU UEL, que de alguma forma contribuíram para a minha formação.

Gostaria de agradecer também a todos que contribuíram, de certa forma, direta ou indiretamente, para meu crescimento pessoal e profissional.

"A persistência é o caminho do êxito."

(Charles Chaplin)

..

YASSUDA, Carlos Koiti. **Políticas Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil**. 2021. 42p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

A criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi um enorme mérito ao sistema de saúde do Brasil com a implantação de políticas públicas voltadas ao maior acolhimento da população, de caráter universal. Esse trabalho é uma revisão de literatura, abordando as políticas públicas em saúde bucal, os levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil em relação ao índice CPO-D nas diversas faixas etárias. A criação e evolução da odontologia no Brasil, seu contexto histórico e avanço nas políticas públicas em saúde no país. A importância da criação de programas assistenciais em saúde bucal, seus princípios e resultados alcançados. Realização de levantamentos epidemiológicos entre os anos de 80 á 2000, onde mostram em números a deficiência contra a doença carie na população. Em contrapartida também é possível notar através da evolução do assistencialismo uma melhora no quadro, ou seja, uma redução da doença carie em âmbito nacional nos períodos mais recentes. A prática de uma odontologia mais preventiva, com políticas que abrangem uma maior parte da população e ampliação de tratamentos mais complexos foram destaque para tal sucesso. O aperfeiçoamento das políticas públicas é um processo dinâmico, lento, que leva tempo e está sempre em construção.

Palavras-chave: Política Pública, Levantamentos Epidemiológicos, Cárie Dentária, Sistema Único de Saúde.

YASSUDA, Carlos Koiti. **Assistance Policies in Oral Health in Brasil**,2021.
42p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

The creation and consolidation of the Unified Health System (SUS) was an enormous merit to the health system in Brazil with the implementation of public policies aimed at greater acceptance of the population, of a universal character. This work is a literature review, addressing public oral health policies, the epidemiological surveys carried out in Brazil in relation to the CPO-D index in different age groups. The creation and evolution of dentistry in Brazil, its historical context and progress in public health policies in the country. Public policies aimed at greater acceptance of population, of a universal character. Conducting epidemiological surveys between the years 80 to 2000, showing in numbers the deficiency against caries in the population. On the Other hand, it is also possible to notice, though the evolution on assistance, an improvement in the situation, that is, a reduction of caries disease nationwide in more recent periods. The practice of a more preventive dentistry, with policies that cover a greater part of the population and the expansion of more complex treatments were highlighted for such success. The improvement of public policies is a dynamic, slow process, wich takes time and is always under construction.

Key words: Public Policy, Health Surveys, Caries Dental, Unified Health System

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média do Índice CPO-D em indivíduos de 6 a 12 anos, Brasil, 1988.....	22
Tabela 2 – Média do Índice CPO-D em indivíduos de 7 a 14 anos realizados pelo SESI, 1993	23
Tabela 3 – Média do Índice CPO-D em indivíduos de 6 a 12 anos apresentados pelo Ministério da Saúde, Brasil, 1996.....	24
Tabela 4 – Média do Índice CPO-D estratificadas em diversas faixas etárias, Brasil, 2003	25
Tabela 5 – Média do Índice CPO-D apresentado pelo programa SB Brasil, 2003...	26
Tabela 6 – Média do Índice CPO-D em diversas faixas etárias, Brasil, 2010.....	28
Tabela 7 – Média do Índice CPO-D comparados, Brasil, entre os anos de 1986 à 2010.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO Associação Brasileira de Odontologia

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

CPO-D Dentes Cariados Perdidos Obturados

CRO Conselho Regional de Odontologia

COSAB Coordenação de Saúde Bucal

FDI Federação Dentária Internacional

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA Instituto de Planejamento Econômico e Social

OMS Organização Mundial da Saúde

PIA Programa de Inversão da Atenção

PSF Programa Saúde da Família

SBC Saúde Bucal Coletiva

SESI Serviço Social da Indústria

SESP Serviço Especial de Saúde Pública

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4	DISCUSSÃO	30
5	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A necessidade das políticas públicas atinge todos os cidadãos, escolaridade, classes sociais e raças. Com sua implementação, é possível notar uma diferença na qualidade de vida dos brasileiros, principalmente quando citamos políticas públicas em saúde bucal. A grande diversidade da população, área territorial de nosso país e desigualdade social fica evidente a carência principalmente da assistência em saúde bucal.

A introdução da odontologia sanitária, junto ao Sistema Incremental foram o início para uma ação intervencionista criada pelo estado. Em seguida a criação de alguns modelos assistenciais como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram pioneiros, no entanto eram modelos excludentes, apenas a cidadãos com trabalhos formais, de carteira assinada. Adiante com o início da ideia de Odontologia Social e Preventiva, surgiram novas propostas, pensando em políticas mais acolhedoras. Modelos assistenciais, com caráter preventivo, passaram a ser mais interessantes e trouxeram resultados positivos. Políticas como atenção básica para bebês, Programa Saúde da Família (PSF) e Brasil Sorridente foram de extrema importância para dar uma melhor condição de saúde bucal a população brasileira. Não podemos esquecer que isso tudo não foi uma invenção do nada, levou tempo, e foi graças as deficiências vistas nos levantamentos realizados, tais como, o levantamento de 1986, um marco, onde foi realizada o primeiro levantamento oficial no Brasil, levando em consideração o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) obtidos em indivíduos selecionados conforme a faixa etária. Adiante outros levantamentos epidemiológicos (1993,1996,2003,2010) foram realizados com intuito de determinar o índice da doença cárie na população.

Diante disso, a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vitória no sistema de saúde do Brasil, com princípios fundamentados na constituição brasileira, foi um exemplo a ser seguido, com caráter único, universal, um modelo completo, igualitário e equânime, que abrange a população geral como um todo, respeitando os limites de cada um, um mérito e avanço ao país.

Sendo assim, o objetivo do trabalho foi analisar, por meio de uma revisão de literatura, o processo da história da odontologia no país, seus modelos assistenciais, as políticas públicas, seus levantamentos epidemiológicos realizados e o SUS.

2 METODOLOGIA

O trabalho apresentado trata-se de um estudo descritivo, transversal realizado por meio de uma revisão de literatura. Foram realizadas buscas na base de dados eletrônicas tais como Scielo, Google Acadêmico e Pubmed. Foi realizada a pesquisa utilizando-se os seguintes descritores para a estratégia de busca: odontologia no Brasil, as políticas públicas, levantamentos epidemiológicos e SUS, sendo encontrados apenas artigos em idioma português. O período de coleta foi entre os períodos de março de 2020 a novembro de 2020, sendo selecionados um total de setenta e dois (72) artigos. Foram considerados como critérios de exclusão artigos que não tinham a Odontologia envolvida ou não incluíam profissionais de outras áreas além da Odontologia. Após a seleção, foram utilizados trinta e oito (38) artigos para o presente trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico da Assistência Odontológica no Brasil

Com a implementação da Lei n. 1.280, de 19/12/1911 (Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo), houve a reorganização do serviço sanitário, foram criados então os primeiros cargos de Cirurgião Dentista (CD) na administração pública paulista. Iniciaram-se o atendimento odontológico público ao efetivo da então Força Pública e aos cidadãos sob cuidado do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. (NARVAI, 2006). Posteriormente os profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior, responsáveis então pelas atividades ligadas à educação e à saúde no Estado. Já em 1932, após a criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, organizaram a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário, com o objetivo de realizar atendimento em escolas da rede pública estadual. (NARVAI, 2006). A seguir em 1947 notaram a necessidade no qual os centros de saúde precisavam de um "Serviço de Higiene Buco-Dentária" para melhor efetividade, surgindo assim vários rearranjos institucionais que marcaram a organização da Odontologia pública, tanto em São Paulo como em outros estados (NARVAI, 2006).

Ainda assim, mesmo com todas as estratégias e ações educativas, o exercício na prática odontológica era singular, focado na prática clínica, individual, centrado em consultórios particulares sem nenhuma pretensão em realizar um diagnóstico epidemiológico da população (NARVAI, 2006).

Houve drásticas mudanças a partir de então, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1952, introduziu os primeiros programas de Odontologia Sanitária, com início em Minas Gerais. Em seguida, vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil também tiveram influência da Odontologia Sanitária em seus territórios. O objetivo desses programas era a população mais jovem, em idade escolar, considerada mais vulnerável epidemiologicamente e, conseqüentemente, mais sensível às ações em saúde. Dessa maneira, técnicas e métodos de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do conjunto de conhecimento de vários profissionais CD em várias partes do país (NARVAI, 2006).

3.2 Odontologia Sanitária

A publicação do “Manual de Odontologia Sanitária” marcou profundamente a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico, dando início a formação de centenas de CD sanitários brasileiros e de outros países (CHAVES, 1960).

Tal ideia era, “Odontologia Sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral”, dessa forma sendo denominado de Sistema Incremental (CHAVES, 1960, MANUAL DE ODONTOLOGIA SANITÁRIA).

No entanto, com o passar do tempo a Odontologia Sanitária se viu reduzida aos programas odontológicos escolares, conseqüentemente o Sistema Incremental tornou-se ineficaz, por reproduzir acriticamente e fora de contexto, tanto gerencial quanto de recursos financeiros, a Odontologia Sanitária tentou romper com a Odontologia de mercado e não obteve sucesso (NARVAI, 2006).

3.3 Odontologia de mercado

Nesse contexto a Odontologia de mercado sempre se destacou, dando ênfase na prática, centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual, restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo grande influência sobre os serviços públicos (NARVAI, 2006).

A Odontologia de mercado passou na época exercer influência sobre o serviço público, destacando um atendimento sob livre demanda, centrada no individualismo, acarretando dessa forma como resultado serviços empobrecidos e de má-qualidade (ZANETTI, 1993).

Nesse período com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), está estabelecido o modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. Somente tinham direito aos benefícios os trabalhadores que tinham carteira assinada e contribuía para a previdência (OLIVEIRA & SOUZA, 1998). Mais adiante a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no qual mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava, em síntese de “uma

perversa conjugação entre estatismo e privatismo” (CARVALHO&GOURLAT,1998). Ambos seguiam sob a tutela ao Ministério do Trabalho. Todos os colaboradores de empresas legalmente constituídas passaram a ter direito à atendimento, com verbas retiradas da contribuição previdenciária, descontada dos salários, mais a participação governamental, que complementava a manutenção do sistema (NARVAI, 2006).

Dessa forma, houve um avanço na qualidade das medidas curativas, o empirismo que era a forma como a odontologia caminhava por séculos passou a ser regida pela ciência com bases biológicas mais claras. Abrangendo ainda mais espaço para a Odontologia de mercado, acarretando na evolução de técnicas e práticas tais como nós as temos hoje (BRUNETTI, 2011).

3.4 Odontologia Social e Preventiva

Tendo seu auge durante a da ditadura militar (1968-1978), formulações teóricas da Odontologia Sanitária foram associadas a esse contexto autoritário, entrando em decadência nos anos 80 (NARVAI, 2006).

Entrou em questionamento o modelo flexneriano (fragmentação do conhecimento) de ensino em medicina/odontologia por volta da década de 70 no mundo todo. Foi caracterizado, por alguns, como: ineficiente, com dificuldades para acesso e causadores de iatrogenicidade (MENDES, 1986).

Em 1989, lançou-se o livro “Saúde bucal: Odontologia Social e Preventiva” (PINTO, 1989), no qual se tornou uma referência da área. O autor organizou, sistematizou e atualizou as bases teóricas sobre as quais se deveriam assentar o planejamento e a programação das ações de saúde pública na área odontológica. Junto da segunda edição, ampliada e revisada, do livro “Odontologia Social”, (CHAVES, 1977), o livro de Pinto representou uma expressiva contribuição, tanto ao planejamento de serviços quanto à formação de recursos humanos.

Sendo assim a Odontologia Simplificada e Integral foi uma alternativa elaborada para superar as tendências de seu modelo antecessor, na qual constavam a prática profissional padronizada com passos reduzidos, simplificando a Odontologia e a tornando mais viável (especialmente do ponto de vista de recursos humanos e de equipamentos). Viabilizando dessa forma programas para o aumento do acesso à Odontologia, buscavam uma maior produtividade de atos curativos em menor tempo e a menores custos financeiros.

3.5 Saúde Bucal Coletiva

A Saúde Bucal Coletiva (SBC) dessa forma, tem o intuito de alterar a forma de “tecnicismo” e de “biologicismo” presentes nas formulações específicas da área de Odontologia Social e Preventiva. Para tal, se faz necessária a reformulação teórica de modo orgânico e articulado à filosofia e a ação da Saúde Coletiva (SC), realçando o comprometimento desta com a história e com a qualidade de vida da sociedade, além de defender a cidadania, tanto da ação prejudicial do capital quanto da ação autocrítica do Estado (FRAZÃO, 1999).

Não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta. Sendo assim gerou certos conflitos com a Odontologia de mercado (NARVAI&FRAZÃO, 2006).

Dessa forma a saúde não se limita apenas na forma clínica e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por completo, abrindo-se, em decorrência, infinitas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial da bucalidade (BOTAZZO, 2006).

3.6 Modelos Assistenciais em Saúde Bucal

3.6.1 Sistema Incremental (1950-1980)

A assistência odontológica no Brasil adquiriu estrutura a partir dos modelos de assistência a escolas, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos 50 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde (RONCALI, 1999). Nessa época, os modelos gerenciais que orientavam as ações de saúde bucal estavam estabelecidos de forma ampla entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre estes modelos, o que se estabeleceu predominante foi o Sistema Incremental em escolas que, na maioria dos casos, estava ligado aos programas de Saúde Escolar.

O Sistema Incremental, apesar do grande progresso que representou para a assistência odontológica da época, se mostrou no início dos anos 70, como um modelo obsoleto, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência

e cobertura. No primeiro caso, pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, bem diferente da concepção curativo-preventiva, o que provocou, na melhor das hipóteses, um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. No que se refere à abrangência, tratava-se de um modelo eliminatório, na medida em que priorizava, mais no sentido de exclusividade do que de prioridade, os escolares de 7 a 14 anos, supondo-se ser uma parte da população de fácil acesso. Acreditava-se que, realizando o atendimento das crianças em idade escolar, quando estas atingissem à idade adulta, já não mais apresentariam problemas de saúde bucal. Sucede que, excluindo-se o restante da população do atendimento preventivo-curativo, não houve sucesso quanto a diminuição do índice CPO-D. Seus resultados são satisfatórios quanto ao tratamento completado em escolares, porém não houve redução do índice de cárie da população brasileira (LOUREIRO&ZANETTI, 1995).

Mesmo apresentando certas deficiências o Sistema Incremental foi adotado por grande parte dos municípios brasileiros devido a sua facilidade em realizá-lo, o programa foi um marco para o desenvolvimento da saúde bucal pública no país. Assim, no período entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública brasileira tinha como característica possuir um modelo predominante de assistência a escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental) e, para o restante da população, a assistência se dava de forma disseminada entre as variadas instituições, dentre as quais as convenia com o INAMPS (ZANNETTI, 1993).

3.6.2 Programa de Inversão da Atenção (PIA) (1980-1994)

Criado pelos professores Loureiro e Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), cujo princípio básico foi a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o “controle”. Esse programa obteve um relevante sucesso em alguns municípios de Minas Gerais (LOUREIRO&ZANETTI, 1995).

O programa subdividiu-se em três fases, a primeira fase: “estabilização” que tinha por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não invasivas, para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão. A segunda fase caracterizava-se pela “reabilitação” onde se dava o restabelecimento da estética e função perdidas pelas sequelas da doença. Em uma

terceira e última fase, ocorria o “declínio”, onde a doença e a lesão estavam sob controle e onde, supostamente, trabalhava-se com a população sobre os fatores condicionantes, introduzindo a noção e métodos de autocuidado (MATOS, 1993; WERNECK, 1994; LOUREIRO & OLIVEIRA, 1995).

Contudo, apesar dos avanços apresentados por essa modalidade de atendimento, observa-se, ainda, a prevalência dos escolares no desenvolvimento das ações programática em saúde. Dessa forma, observa-se o desenvolvimento das ações preventivas em detrimento das técnicas exclusivamente curativas e mutiladoras do modelo anterior. Contudo, o modelo não leva em conta as verdadeiras necessidades epidemiológicas da população, não possuindo, assim, redução significativa do índice CPO-D, principalmente naquela faixa etária não atendida pelo programa (NICKEL, 2008).

3.6.3 Atenção Precoce Odontologia para Bebês (1985-1994)

Com a prática contínua, a se destacar o grupo escolares de 7 a 14 anos, a assistência odontológica a crianças menores de 6 anos sempre se estabeleceu como um problema ao país. Esta exceção da população abaixo de 6 anos é explicada pelo conhecimento predominante em relação ao desenvolvimento da doença cárie, bem como por critérios operacionais. A concepção de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não trazia nenhuma relação com a dentição permanente trouxe a ideia de que o tratamento para a dentição decídua não era necessário, pelo menos em nível de Saúde Pública. Por este motivo se estruturou em uma norma bastante conhecida de tratar apenas os molares permanentes em programas de atenção a escolares (WALTER, 1997).

A partir dos avanços no estudo da cárie e sua inserção na prática de alguns sistemas de saúde bucal, o princípio do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa se expandiu, a importância de seu controle o mais precocemente possível. A atenção odontológica precoce a partir do nascimento foi iniciativa pioneira da Universidade Estadual de Londrina (UEL), com a implantação da Bebê Clínica pelo professor Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, estratégia conhecida como “Odontologia para Bebês”. O resultado desta estratégia comprovou a eficácia de um programa com enfoque totalmente inovador, mostrando diferenças significativas em relação à prevenção da cárie dental em idades mais precoces do início do

atendimento. Outros serviços setorizados e consultórios particulares passaram a oferecer este tipo de trabalho, entretanto não é ainda de fácil acesso a população (WALTER, 1991).

Dessa forma, a atenção precoce foi um marco no desenvolvimento de políticas públicas de qualidade, já que traz o verdadeiro sentido da prevenção em odontologia. Contudo, a implantação deste tipo de prática dentro dos serviços deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade. A dissipação de uma técnica preventiva, dirigida a uma população única, sem se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população a ser assistida, corre o risco de gerar modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes (BELLINI, 1991; REDE CEDROS, 1992; PINTO, 1996).

3.6.4 Ações de Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família (a partir de 1994)

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo MS em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado pela cura de doenças e para a atenção hospitalar (RONCALLI, 2003).

A base principal do programa foca no atendimento do núcleo familiar, obtendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar. Deste modo, há uma sintonia entre as formulações do Programa de Saúde da Família com os princípios do SUS, tais como a universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a dependência entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000).

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (NIETSCHE, 2000).

Em 2001, ocorreu a inclusão dos profissionais da saúde bucal (CD, TSB, ASB) ao PSF, pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, em termos de promoção ou de proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar

as práticas de intervenção (BRASIL, 2001).

Contudo, existem algumas observações em relação ao PSF como prova, o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde que não é assegurado em todas as unidades de saúde da família, já que os serviços de referência e contrarreferência muitas vezes não são adquiridos de forma resolutiva, tornando o PSF um programa restrito à atenção básica (NARVAI, 2006).

3.6.5 Brasil Sorridente

Política do governo federal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2004).

O Brasil Sorridente foi lançado pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico, propõem a ampliação do acesso a todas as faixas etárias e o atendimento integral em todos os níveis, incentivando estados e municípios a implantarem as ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, e a criarem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que funcionariam como unidades de referência de média complexidade para as equipes de saúde bucal, favorecendo a resolutividade (BRASIL, 2004).

3.7 Levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal

3.7.1 Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, Brasil, 1986

O Brasil é fortemente citado como um país detentor de elevados índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. Esses indicadores são semelhantes aos da saúde de forma geral. Trata-se de um país com um quadro de morbimortalidades típico de países com grandes desigualdades sociais e, portanto, com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação inexpressiva do Estado no combate a essas desigualdades (RONCALLI, 2005).

Seguindo uma estimativa realizada com base em levantamentos parciais no território brasileiro, o Ministério da Saúde atribuiu ao CPO-D do ano de 1980 um valor de 7,3, considerado muito alto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2002).

O levantamento de 1986 foi o primeiro levantamento em saúde bucal com abrangência nacional, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na zona urbana. Para sua realização, pode-se destacar três argumentos principais que levaram, finalmente, à superação dos entraves anteriormente citados e à efetivação do Levantamento epidemiológico em saúde bucal por parte do MS com o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) no ano de 1986: primeiro, o reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; segundo, a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada (mesmo em países com altos índices de doenças bucais e serviços bem estruturados, apenas parte das pessoas com problemas procuram atendimento), cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carentes; e, finalmente, em terceiro lugar, a possibilidade, cada vez mais próxima e concreta, de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia para o qual esses subsídios seriam essenciais (BRASIL, 1988).

A opção foi pela realização de um levantamento epidemiológico limitado à zona urbana de 16 capitais selecionadas como representativas do total de 27, segundo faixas de renda familiar, analisando-se a prevalência da cárie dental, das doenças periodontais, das necessidades e da presença de prótese total e da procura por serviços odontológicos. Foram considerados dez grupos etários para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A escolha desses grupos obedeceu a critérios de estrita prioridade epidemiológica, no caso da faixa de 6 a 12 anos, e à possibilidade de comparação internacional, em função das metas de saúde bucal trabalhadas pela Federação Dentária Internacional (FDI) e pela Organização Mundial da Saúde. Com isso podemos ter uma noção em números de como apresentava a real situação da população brasileira nesse momento destacando as principais faixas etárias dentre as quais a de 6 anos onde apresentava um índice CPO-D de 1,31, seguido de 7 a 8 anos

com um índice aproximado entre 2,24 e 2,84, idades de 9 a 11 anos com um aumento ainda mais expressivo, com 3,61, 4,56, 5,80, e por fim aos 12 anos onde fechou o índice de 6,66 (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998).

A tabela 1 mostra em números o índice CPO-D comparado a idade, baseado na pesquisa levantada pelo ministério da saúde em 1988, na qual encontrou os seguintes resultados, seguindo uma amostragem estimada de 23180 indivíduos, sendo a maioria em idade escolar (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998).

Tabela 1: Média do Índice CPO-D em indivíduos de 6 a 12 anos em 1988 segundo o Ministério da Saúde

IDADE	CPO-D
6	1,31
7	2,24
8	2,84
9	3,61
10	4,56
11	5,80
12	6,66

Fonte: Ministério da Saúde (1988).

3.7.2 Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, Brasil, 1993

Este levantamento fez parte do programa preventivo de doenças bucais, em crianças de escolas em cidades interioranas, porém não havendo abrangência de todos os Estados brasileiros. Este foi financiado por um convênio com o Departamento Nacional (DN) do Serviço Social da Indústria (SESI), além de financiamento externo (PINTO, 1996).

A seguir podemos destacar que o levantamento realizado pelo SESI em 1993, podemos notar uma ampliação na faixa etária, no entanto ainda com resultados ainda expressivos, com idades de 7 a 8 anos com índice de 1,27 a 1,83, de 9 a 10 anos com 2,34 a 2,98, aos 11 anos com 3,71, seguido aos 12 anos com 4,84, aos 13 anos com 5,74 e ao final aos 14 anos com 6,49. É notório uma pequena redução no índice CPO-

D quando comparada ao ano de 1986 nas idades de 10 a 12 anos, significando uma redução da doença cárie mostradas na tabela 2 (SESI,1996).

No levantamento foram escolhidas escolas da Zona urbana de 114 cidades (22 capitais), com uma amostragem estimada de 110640 indivíduos, sendo realizado o levantamento, avaliando somente a doença cárie com auxílio de sonda exploratória (RONCALLI, 1998; BRASIL, 2004).

Tabela 2: Média do Índice CPO-D em indivíduos na idade de 7 a 14 anos realizados pelo SESI em 1993

IDADE	CPO-D
7	1,27
8	1,83
9	2,34
10	2,98
11	3,71
12	4,84
13	5,74
14	6,49

Fonte: SESI (1996)

3.7.3 Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, Brasil, 1996

Em 1996, foi conduzido levantamento epidemiológico em saúde bucal (cárie dental) por parte da Coordenação de Saúde Bucal (COSAB). Apesar das várias críticas que o projeto sofreu e das reclamações das Faculdades que alegaram não terem sido ouvidas, o levantamento foi adiante com a participação de entidades, como o Conselho Regional de Odontologia (CRO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Secretarias Estaduais de Saúde (RONCALLI, 1998).

A tabela 3 apresenta os números do índice CPO-D em faixas etárias de 6 a 12 anos, obtendo como resultado uma importante redução do índice, podendo dizer que houve uma redução pela metade quando comparada ao primeiro levantamento. Expressando a faixa etária de 6 a 7 anos um número de 0,33 e 0,70, seguida por 8 a

10 anos um resultado de aproximadamente 1,16, 1,53, 1,88, e for final aos 11 a 12 anos com redução para 2,39 e 3,06. Destacando que foi um resultado apresentado pelo Ministério da Saúde em 1996 composta por uma população da zona urbana de todas as capitais (26) e Brasília com amostragem estimada em 30240 indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Tabela 3: Média do Índice CPO-D em indivíduos de 6 a 12 anos apresentados pelo Ministério da Saúde em 1996.

IDADE	CPO-D
6	0,33
7	0,70
8	1,16
9	1,53
10	1,88
11	2,39
12	3,06

Fonte: Ministério da Saúde

3.7.4 Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, Brasil, 2003

Devido a necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, este estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000 (BRASIL, 2003).

Apresentando pouca mudança na política macroeconômica, há a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), priorizada no conjunto de

políticas públicas. Nesse cenário foi realizado o SB Brasil 2003, na qual envolveu a participação de diversas instituições e entidades odontológicas – Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, faculdades de odontologia, além do decisivo suporte das secretarias estaduais e municipais de saúde. Aproximadamente 2 mil trabalhadores sendo, CD, TSB, ASB entre outros, em um total de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo. Sem considerar os ajustes necessários com vistas à expansão das taxas para a população em geral, a amostra obtida permite a produção de estimativas segundo as principais variáveis de estratificação previstas no projeto. A amostra pesquisada torna os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas, além do próprio município para alguns agravos e faixas etárias (BRASIL, 2003).

A tabela 4 mostra os resultados obtidos em faixas etárias distintas, abrangendo também a população adulta e idosa, estratificadas em faixa dos 12 anos com índice CPO-D de 2,78 , de 15 a 19 com índice de 6,17, seguida aos 35 a 44 anos o resultado de 20,13 e por fim aos 65 a 74 anos com índice de 27,79. No total, foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses, 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros (50 por macrorregião), segundo os dados apresentados (BRASIL, 2003).

Tabela 4: Média do Índice CPO-D estratificadas em diversas faixas etárias em 2003.

IDADE	CPO-D
12	2,78
15/19	6,17
35/44	20,13
65/74	27,79

Fonte: Brasil, 2003

3.7.5 Projeto SB: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira em 2000/ 2003

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural.

Identificado como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, teve início em 1999, envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas - Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, além do decisivo suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

3.7.6 SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira em 2003

O SB Brasil 2003 apurou as condições de Saúde Bucal da População Brasileira, apresentando um maior critério amostral com um maior rigor metodológico em relação aos anteriores. Pesquisou alterações de tecidos moles não analisadas até então. Foram coletados índices referentes à perda de inserção periodontal (IPC), alterações gengivais (AG), má oclusão sob o índice de estética dental (DAI) e fluorose pelo índice de Dean (OMS, 1997). Foi realizada prévia calibração dos examinadores, incluindo descrição de cálculo Kappa (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004).

Esta investigação sofreu diversas críticas quanto a representatividade amostra uma vez que não houve ponderação, sendo que as estimativas não foram consideradas válidas para a população brasileira (VASCONCELLOS, 2009), e dessa forma com base nisso a tabela 5 apresenta os mesmos resultados obtidos no levantamento anteriormente, e por causa disso surgiu críticas e equívocos quanto a sua metodologia avaliativa.

Tabela 5: Média do Índice CPO-D apresentado pelo programa SB Brasil em 2003.

IDADE	CPO-D
12	2,78
15/19	6,17
35/44	20,13
65/74	27,79

Fonte; SB Brasil 2003

3.7.7 SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira em 2010.

O Projeto SB Brasil 2010, planejado e executado por órgãos do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, e de universidades brasileiras, por meio de Centros Colaboradores do Ministério da Saúde se estabelece em recurso de valor estratégico para elevar os conhecimentos sobre os agravos bucais no país, e dá contribuição imensa para orientar os sentidos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e continuar na criação de um modelo de atenção pautado na Vigilância à Saúde.

Os índices utilizados no SB Brasil 2010 e os acréscimos ou as modificações atendem às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal (WHO, 1997).

A pesquisa, de base amostral, foi efetuada em 26 capitais estaduais, Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais, tendo sido examinados 37.519 indivíduos, pertencentes às faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos. Cerca de 2.000 trabalhadores e trabalhadoras do SUS das três esferas governamentais foram fundamentais no sucesso da execução do SB Brasil 2010. Com base nisso a tabela 6 abaixo apresenta os resultados obtidos, apresentando mais uma redução no índice CPO-D, mostrando aos 5 anos a redução para 2,22, aos 12 anos 1,81, entre 15 a 19 anos 4,25 na faixa dos 30 a 40 anos de 16,29 e aos idosos de 27,03 (BRASIL, 2010).

Tabela 6: Média do Índice CPO-D em diversas faixas etárias no ano de 2010.

IDADE	CPO-D
5	2,22
12	1,81
15/19	4,25
35/44	16,29
65/74	27,03

Fonte:(BRASIL, 2010)

Dessa forma através de todos os levantamentos realizados nesses períodos é possível coletar e comparar (tabela7) os resultados entre eles, chegando à conclusão de que as políticas públicas aplicadas trouxeram resultados significativos, principalmente na redução da doença carie, principalmente quando comparada aos 12 anos de idade, partindo de um índice alto de 6,66 em 1986 a redução de 1,81 em 2010.

Tabela 7: Média do Índice CPO-D comparados entre os anos de 1986 à 2010

CPO-D					
IDADE	1986	1993	1996	2003	2010
5	-	-	-	-	2,22
6	1,31	-	0,33	-	-
7	2,24	1,27	0,70	-	-
8	2,84	1,83	1,16	-	-
9	3,61	2,34	1,53	-	-
10	4,75	2,98	1,88	-	-
11	5,80	3,71	2,39	-	-
12	6,66	4,84	3,06	2,78	1,81
15 /19	-	6,49	-	6,17	4,25
35 /44	-	-	-	20,13	16,29
65 /74	-	-	-	27,79	27,03

Tabela comparativa entre os anos 1986 á 2010 (AUTORIA PRÓPRIA).

4 DISCUSSÃO

Diversos modelos assistenciais foram preconizados dentro da odontologia ao longo dos anos com o objetivo de se padronizar a atenção em saúde bucal, na tentativa de se criar um modelo perfeito ou ideal para que a conseqüentemente fossem desenvolvidas as atividades em saúde bucal no país. No entanto, ficou claro que seria impossível a confecção de um modelo padrão, tendo em vista as diferenças existentes nas diversas regiões do Brasil, no que diz respeito ao clima, cultura, aspectos demográficos, socioeconômicos, entre outros.

Sendo assim, podemos observar uma evolução constante e interessante em respeito aos modelos assistenciais em saúde bucal ao longo das décadas. Trata-se de uma evolução de conceitos e necessidades que são verificadas com o passar dos anos, tomando-se, sobretudo, como base, experiências passadas.

Nos anos 50, o Serviço especial de Saúde Pública (SESP), implementou o primeiro programa de saúde pública no Brasil, conhecido como Sistema Incremental, cujo alvo principal era a população em idade escolar, tida epidemiologicamente como mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível as intervenções de saúde pública (NARVAI, 2006), cujo o intuito era tratar as necessidades da população até o completo tratamento, para posterior controle (PINTO, 2000).

A odontologia se viu restrita aos programas odontológicos a escolares. O Sistema Incremental se tornou ineficaz à medida que foi se transformando em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas (NARVAI, 2006).

Embora tivesse como objetivo a redução do CPO-D, o mesmo não foi alcançado devido abranger apenas a uma população restrita, ficando inviável como modelo de atendimento. E apesar de suas limitações devido a faixa etária, pode ser considerado um marco histórico na evolução dos modelos assistenciais, uma vez que pela primeira vez se pensou em um atendimento programado, e, não mais, somente à livre demanda dos consultórios (NARVAI, 2006).

A expressão odontologia simplificada apareceu nos anos 70. O sistema simplificado oferecia o aproveitamento racional do tempo do profissional de nível superior pelo surgimento, nesse período, do pessoal auxiliar; o número de consultas necessárias para chegar ao término do tratamento diminuiu ao mesmo tempo em que

aumentava o número de usuários atendidos em função do aumento dos tratamentos concluídos. Embora essa odontologia discursasse sobre a importância da prevenção, sua prática priorizava o curativo, na medida em que não se transformavam os elementos estruturais da odontologia flexneriana, mas, apenas se lhes racionalizavam (MENDES, 1986).

Dessa forma, com contexto conflituoso, colocado, principalmente, pelos dilemas da quantidade versus qualidade e da prevenção versus curativo obrigou a uma reflexão mais profunda sobre a prática da odontologia simplificada, dando início a uma outra concepção de odontologia alternativa, que não deveria ser mais uma prática complementar à odontologia científica, mas uma nova forma de pensar e fazer odontologia. Essa prática foi a odontologia integral, cujo modelo enfatizou a mudança dos espaços de trabalho, das quais as principais características foram a prevenção e promoção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional, de abordagem e participação comunitária, simplificação e racionalização da prática odontológica e quebra do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006). A ressalva é que ainda se baseava ainda no Sistema Incremental com certas alterações.

Sendo assim, o Sistema Incremental ainda mostrava-se frágil perante as adversidades, e devido as inúmeras críticas dentre elas o fato de ser um programa excludente, e extremamente curativista, baseado, principalmente no número de tratamentos completados e não no controle e declínio da doença cárie, surgiu no final dos anos 80 e início da década de 90 o Programa Inversão da Atenção (PIA). Na verdade, o grande valor deste sistema foi a busca por uma base programática que se apresentavam em síntese, os princípios do SUS. Ao mesmo tempo que o sistema tentou incorporar os avanços da Odontologia Integral adaptando seu marco teórico a uma estrutura organizativa baseada no SUS. Sua principal característica baseava-se intervir antes e controlar depois (NARVAI, 2006).

Também teve destaque nesse período, em 1986, pouco antes da criação do SUS, o país passou por importante levantamento epidemiológico. Este estudo, que foi o primeiro da área de saúde bucal com abrangência nacional, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na zona urbana.

Neste levantamento foram considerados grupos etários para cárie dentária e demanda de serviços de 6 a 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos. A escolha desses grupos obedeceu a critérios de estrita prioridade epidemiológica, no caso da faixa de 6 a 12 anos, e à possibilidade de comparação

internacional, em função das metas de saúde bucal trabalhadas pela Federação Dentária Internacional e pela Organização Mundial da Saúde. A ressalta é que por se concentrar apenas em uma parte específica da população, ainda não era capaz de representar os problemas gerais como um todo no país (BRASIL, 2002).

Desta forma, um pouco adiante foi criado o Sistema Único de Saúde um modelo de assistência à saúde que implica numa nova formulação política e num desenho organizacional diferente dos serviços e das ações de saúde, com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS é definido como único pois segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, estando sob a responsabilidade dos governos Federal, Estadual e Municipal. O SUS, portanto, não é um serviço ou uma instituição, é um sistema de serviços e ações que tem como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 1990). A partir daí, houve muitas modificações, melhorando e muito a cobertura, acesso e resoluções das adversidades encontradas. A criação do Sistema Único de Saúde trouxe um grande avanço social e político, seu arcabouço jurídico institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Como resultado, a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas que, em alguns aspectos, romperam com o modelo de programação proposto pelo SESP. (ZANETTI et al., 1996).

A complexidade do SUS, as dificuldades regionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do SUS.

Por consequência disso, desde os anos 1990, a Saúde Pública Brasileira vem passando por um período de desmonte e organização, tendo em vista que seu projeto universalista é implementado em um cenário de desmonte do público estatal, e que se entusiasma na contemporaneidade. Dessa maneira, dois projetos de saúde estão em disputa atualmente: o Projeto de Reforma Sanitária, no qual é defendida a universalização do acesso, um sistema de saúde público e de qualidade e bem como todos os princípios norteadores do SUS; e o Projeto Privatista, que vai de total oposição ao que propõe o SUS Constitucional, ou seja, com propostas privatistas,

seletivas de um direito público. O Sistema de Saúde passa por um período, desde os anos 1990, de retrocessos evidenciando o desafio que é, atualmente, a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária.

Por consequência do SUS, diversos outros programas foram criados e vieram a terem importância no combate à doença cárie, entre eles o aperfeiçoamento da Atenção precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês), no qual abordavam as doenças bucais fortemente centrados em uma perspectiva preventiva promocional. A partir dos avanços no estudo da cárie e sua inclusão na prática de alguns sistemas de saúde bucal, o princípio do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa se expandiu, ressaltando a importância de seu controle o mais precocemente possível. A atenção precoce em Odontologia surge com o resgate destes conhecimentos, enfatizando a necessidade de inclusão da clientela de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal. A atenção odontológica precoce a partir do nascimento foi iniciativa pioneira da Universidade Estadual de Londrina (PR), com a implantação da Bebê Clínica pelo professor Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, estratégia conhecida como “Odontologia para Bebês”, apesar da implementação dessa prática dentro dos serviços, deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços, sendo mais uma vez uma técnica preventiva apenas dirigida a uma população restrita (WALTER, 1991).

Novamente, em 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI) realizou o segundo levantamento brasileiro. O mesmo foi conduzido em crianças das escolas do SESI como parte integrante do Programa de Prevenção de Doenças Bucais, com o intuito de compor uma linha base para avaliação de seus programas preventivos. Só que dessa vez a o levantamento foi praticamente voltado a doença cárie, e mais uma vez foi voltado a uma pequena minoria da população, não representando fielmente a verdadeira situação naquela época (BRASIL, 2003).

Logo em seguida seguindo as doutrinas impostas pelo SUS, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em janeiro de 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado pela cura de doenças e para a atenção hospitalar. O alicerce operacional do programa focava no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e equipe multidisciplinar. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e

afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000).

A estratégia do PSF propõe uma dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Apresenta o compromisso de prestar assistência universal, integral, equilibrado, contínuo e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma adequada (BRASIL,2003).

O PSF tem desempenhado um papel importante para construção e consolidação do SUS, sendo um processo de reforma incremental do SUS, no qual promove a reformulação das ações em saúde.

Segue mais uma vez, o levantamento epidemiológico de 1996, foi realizado pelo MS, em parceria com a ABENO e CFO e as secretarias estaduais e municipais de saúde, o segundo Levantamento em Saúde Bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. O estudo foi realizado somente com relação à cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal, visando a um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Ainda que houvesse um certo declínio no CPO-D, principalmente devido as doutrinas do SUS, ainda assim era um estudo restrito a idades escolares.

Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o MS iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como SB Brasil, no total foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses, 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros (50 por macrorregião). O mais importante é que além de produzir informações relativas às principais doenças bucais, às condições socioeconômicas, ao acesso aos serviços, o SB Brasil foi responsável pelo treinamento e pela instrução de aproximadamente 2 mil profissionais, entre instrutores de calibração, coordenadores municipais, examinadores e anotadores, difundindo e consolidando a prática do planejamento-avaliação das ações e dos serviços de saúde

a partir de dados epidemiológicos.

Os dados obtidos pelo Projeto SB Brasil 2003 foram importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal proposta em março de 2004, que ficou conhecida como Brasil Sorridente. O mesmo é um programa que engloba diversas ações do Ministério da Saúde e busca melhorar as condições da saúde bucal da população brasileira. Até o lançamento do Brasil Sorridente, a atuação do governo federal com a saúde bucal se resumia ao repasse de recursos para cada equipe de profissionais montada pelos municípios (BRASIL, 2004).

A criação e atuação do Programa Brasil Sorridente significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando melhorar a organização do sistema de saúde como um todo. As principais linhas de ação são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (por meio do PSF), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Com isso o atendimento odontológico passou a ter uma maior resolução de casos, abrindo portas a um atendimento mais complexos, abrangendo uma maior parte da população com a atuação dos centros de especialidades odontológicas (CEOs), no qual cada equipe é formada por um dentista, um auxiliar de consultório e um técnico em higiene bucal. Estes profissionais estão aptos a fazer restaurações, extração dentária, aplicação de flúor e próteses dentárias gratuitas, além do diagnóstico do câncer de boca. Outra frente de atuação preventiva do Brasil Sorridente é a distribuição de kits com pasta e escovas de dente pelas equipes às famílias mais carentes (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004).

E mais recentemente, outro levantamento foi realizado, o Projeto SB Brasil 2010 constitui uma ampla pesquisa nacional que avalia a saúde bucal dos brasileiros e é utilizado para embasar e planejar as ações para os próximos anos do Programa Brasil Sorridente. Além disso, sua edição mais recente, o SB Brasil 2010 traça um comparativo com o primeiro desta série, o SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004).

A pesquisa foi realizada em 177 municípios, sendo 26 capitais e Distrito Federal, mais 30 municípios em cada uma das 5 regiões. Foram feitos exames bucais e entrevistas em 38 mil pessoas divididas em 5 grupos etários sendo indicador o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos devido à cárie e obturados). Os resultados demonstraram que, aos 12 anos de idade, referência internacional para medição do

índice CPO, pois evidencia o ataque da cárie no início da dentição permanente, houve redução de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010, colocando o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie. Em suma o SB Brasil 2010 demonstrou uma grande melhora em relação a doença cárie, graças as novas doutrinas e estratégias impostas pelo SUS, principalmente pelo apelo a prevenção, no entanto ainda há grande divergência entre as classes sociais e regiões brasileiras (BRASIL, 2010).

5 CONCLUSÃO

Dessa forma por meio das pesquisas realizadas e os levantamentos obtidos, podemos notar que os índices de caries tanto em pacientes jovens, mas como em adultos são consideravelmente altas. Em suma com esses resultados descobertos junto com medidas preventivas e interceptativas, políticas públicas mais eficientes e avanço das técnicas podemos perceber também a diminuição do mesmo, com uma redução bastante expressiva mostrada com o passar do tempo. E não podemos esquecer que esses resultados não foram alcançados do dia para noite, foram anos de pesquisa, envolvendo muitas entidades e técnicas, respeitando suas limitações e seu devido tempo. Podemos ter uma melhor comparação dessa redução pelos resultados obtidos pelos vários levantamentos epidemiológicos realizados, na qual é notório ver em números a redução do índice CPO-D, principalmente nas faixas etárias entre 6 a 12 anos, onde é possível dizer que as políticas públicas em saúde bucal tiveram um efeito positivo na redução da doença carie.

Adiante, a preocupação com a saúde da população sempre foi motivo de discussão entre os governantes e, nesse entrave a saúde bucal também começou a ter importância e destaque. Os elevados níveis de cárie dentária e por consequência a precoce perda dos dentes passou a ser motivo de preocupação. A odontologia passou por vários processos e transformações até se tornar o que é hoje, foram muitas ideias, acordos e descobertas. Vários programas políticos vieram à tona, o almejo em se ganhar destaque e sanar os problemas presentes foram importantes no processo. A necessidade de ter que entender o que passava na época fez os governantes a criarem vários métodos de pesquisa e planos assistenciais. O Sistema Incremental na qual abrangia o público em idade escolar, as ideias de Odontologia Sanitária, Preventiva e Social foram o início do aperfeiçoamento da classe em questão, vale lembrar que foi um processo lento, com muitos altos e baixos. Sendo assim o primeiro levantamento de 1986 foi a prova em que ainda era deficiente e restrito aos programas até então existentes. Com índices de cáries ainda altos e grande parte da população excluída das políticas assistenciais. Isso tudo foi importante para que ocorressem certas mudanças, e foi o que aconteceu, como prova das deficiências presentes nas ações de política de saúde pública. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde, nomeado como SUS, um programa único, universal, que abrangesse todos

independente da classe ou situação. Foi um trabalho árduo, visto de vários pontos de vista, muito bem elaborado, com alicerces sólidos fundamentados na Constituição de 1988.

O SUS não é apenas um programa assistencial, como o próprio nome diz é um sistema, abrangendo outras classes, elaborado pensando em solucionar todos os problemas deixados por outros modelos já inventados, é a evolução dos demais processos, um modelo dinâmico, que está em constante construção e aperfeiçoamento. Um divisor de águas já que possui alicerces sólidos segurados na constituição brasileira, um modelo exclusivo no mundo, já que possui como base a Lei 8.080, ou Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Se pensarmos desde sua criação até os dias atuais e, analisarmos o contexto histórico, podemos concluir que o SUS é um modelo novo, em processo de evolução, mas com um grande impacto na saúde geral da população e orgulho para o país. Após a criação do SUS houve mudanças radicais na saúde da população, e na saúde bucal podemos provar uma melhora com o levantamento, de 1993 e 1996, na qual houve uma redução significativa no índice CPO-D, justificando a eficiência do novo modelo adotado. Também é resultado do sucesso devido as novas políticas associadas tais como, as Ações de Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família a partir de 1994 acolhendo ainda mais a população. Recentemente a política Brasil Sorridente, onde associou procedimentos mais complexos de forma gratuita ou a um custo muito menor na esfera da odontologia, realizando cirurgias, confecção de próteses e tratamentos antes só possíveis na classe privada. Já nos anos 2000 foi implantado o Projeto SB Brasil, também com âmbito na promoção e manutenção da saúde bucal, com ações ainda mais modernas, realizando levantamentos mais fiéis quanto ao combate da doença cárie, melhorando ainda mais a qualidade de vida da população.

Por fim, podemos concluir que todas as deficiências encontradas foram necessárias para poderem aperfeiçoar não só a odontologia, mas todas as áreas que envolvem a saúde como um todo. Foram muitos acontecimentos que fizeram parte do progresso, as políticas públicas sempre continuarão a ser criadas, o SUS está em constante evolução e construção, há sempre pontos a melhorar. Os levantamentos são a prova não só das deficiências, mas também do progresso alcançado e dessa forma sua importância.

REFERÊNCIAS

- BELLINI, H.T. Ensaio Sobre Programas de Saúde Bucal, 1991. Biblioteca da ABOPREV, Fasc. 3. maio 1991 p.7.
- BOTAZZO, C. Da arte dentária. São Paulo: HucitecFapesp; 2000.
- BOTAZZO, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. Saúde Atual 1991; (1):14-23.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11:7-17.
- BRASIL, Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil. 1986. 137p. (Série C: Estudos e Projetos, 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004. 16 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB2003. Resultados Principais. Brasília - DF 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2002. 24 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2003: relatório final. Brasília: MS; 2004. 51 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Ministério de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Quarta Edição. Brasília: MS; 2007. 68 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010. Brasília: Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Acessado em 6 de Janeiro de 2014.
- BRUNETTI, R.F. Os caminhos da odontologia através dos séculos e os rumos para o futuro. 2011

CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. Caderno de odontologia. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1a etapa – cárie dental. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

CHAVES, MM. Odontologia social. 2. ed. Rio de Janeiro: Labor; 1977. 93 p.

CHAVES, MM. Manual de Odontologia Sanitária. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960

CHAVES, MM. Odontología sanitaria. Washington (DC): OPS; 1962. [Publicação Científica, n 63]

FRAZÃO, P. Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.

GUIMALHÃES R, LOURENÇO R, COSAC S. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. Rev Saúde Pública 2001; 35(4):321-40.

LOUREIRO CA, OLIVEIRA FJ. Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.

MENDES, E.V. (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994. 310p.

NARVAI, PC, BIAZEVIC, MGH, JUNQUEIRA, SR, et al. Diagnóstico de cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. Rev. Bras. Epidemiol. 2001; 4 (2): 72-80.

NARVAI, PC, FRAZÃO, P, CASTELLANOS, RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. Odont. Soc. 1999; 1 (1/2): 25-9.

NARVAI, PC, FRAZÃO, P, RONCALLI, AG, et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. Rev. Panam. Salud Publica. 2006; 19 (6) 385-93.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. Odontol Soc. 2001;3:47-52.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:18-9.

NARVAI, PC, Antunes JLF, Moysés SJ, Frazão P, Peres MA, Peres KG, et al. Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. Cad Saúde Pública 2010; 26:647-70

NARVAI, P. C, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2006. p. 346-62

NARVAI, P. C. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p.

NICKEL AD. Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008, 89p.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli Costa; UNFER, Beatriz; COSTA, Íris do Céu Clara; ARCIERI, Rogério Moreira, SALIBA, Nemre Adas. Influência de modificações nos critérios de diagnóstico de cárie nos levantamentos epidemiológicos. Revista do CROMG V. 4 n. 1 jan/jun. de 1998.

PINTO, VG. Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva. 4. ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. 425 p.

PINTO, V.G. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993.

PINTO, Vítor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 541p.

PINTO, Vítor Gomes. Estudo epidemiológico sobre a prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos, Brasil, 1993. Brasília: SESI-DN, 1996.

PINTO, VG. Projeto de levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal não tem consistência. APCD Jornal 1996; nov-dez:15

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil: 1986-1996, set. 1998. 20p.

RONCALLI, AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2006. p. 32-48.

WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niteroi. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

VASCONCELLOS, MCC. Estudo dos serviços estaduais de odontologia de saúde pública do Estado de São Paulo, 1889-1980 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1984

ZANETTI et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Revista divulgação saúde em debate, n.13, p.18-35. 1996.

WALTER, LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê. Odontopediatria do nascimento aos três anos. São Paulo: Artes Médicas; 1997

WALTER LRF, GARBELINE ML GUTIERREZ MC. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. *Divulgação em saúde para o debate*, 1991; (6): 65-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.