

Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil

Advances and challenges of the National Oral Health Policy in Brazil

Avances y desafíos de la Política Nacional de Salud Bucal en Brasil

Paulo Capel Narvai

Cirurgião-dentista sanitarista. Especialista, Mestre, Doutor e Livre Docente em Saúde Pública. Professor Titular da Universidade de São Paulo (USP)

RESUMO: Aborda-se a trajetória histórica da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, identificando-se os principais avanços nas últimas décadas e destacando-se os desafios colocados pela realidade socioeconômica e política brasileira, no período histórico da virada do século XX para o século XXI.

Palavras-chave: saúde bucal; odontologia

ABSTRACT: *The article focuses in the historical paths of the National Oral Health Policy in Brazil, highlighting major developments in recent decades and highlights the challenges of the Brazilian reality, in the historical period of the last decades of twentieth century and the beginning of XXI century.*

Keywords: *oral health; dentistry*

RESUMEN: *El artículo trata de los antecedentes históricos de la Política Nacional de Salud Bucal en el Brasil, pone de relieve los principales avances en las últimas décadas y destaca los desafíos de la realidad brasileña, en el período histórico del fin del siglo XX y*

comienzos del siglo XXI.

Palabras-clave: *salud dental; odontología*

INTRODUÇÃO

A saúde, diz o ditado popular, começa pela boca. Neste caso, o senso comum coincide com os conhecimentos científicos e todo bom profissional de saúde sabe que não há saúde sem saúde bucal. A literatura epidemiológica é consistente no reconhecimento dessa estreita associação¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao conceituar “saúde bucal” destaca que esta corresponde a muito mais do que ter bons dentes, abrangendo o denominado complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio. Também para a OMS, a saúde bucal é parte da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas, e implica estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e faringe, de alterações nos tecidos moles da boca (língua, gengivas, e mucosa oral), de defeitos congênitos como lesões e fissuras de lábio e/ou palato, e de outras enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial. A saúde bucal possibilita, segundo a OMS, falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger

contra infecções e ameaças ambientais. A OMS assinala ainda que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Ademais, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida².

A expressão “saúde bucal” corresponde, portanto, a um conceito relativamente complexo que não pode ser reduzido à saúde dos dentes, ou a considerações sobre uma ou duas enfermidades, definidas arbitrariamente.

Convidado pelo Conselho Nacional de Saúde para ser relator geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3aCNSB) escrevi, na abertura do seu Relatório Final³, que no dia-a-dia das nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes. As condições dentárias são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. O conhecimento científico disponível corrobora essas associações¹. Problemas na boca dão origem a dores, infecções e

sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nesta área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas públicas com ações intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República³.

Para que o direito humano à saúde bucal não seja letra morta em documentos oficiais, como leis e relatórios variados, deve ser objeto de ações públicas e privadas que lhe deem concretude. Em decorrência, as ações realizadas nessa área, seja pelo Estado seja por particulares, devem se constituir, cabe reiterar, em políticas públicas formuladas, implementadas e avaliadas na esfera pública, com ampla e democrática participação da sociedade.

Em “*Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*”, livro que publiquei em 2008 com Paulo Frazão, afirmamos que o conflito fundamental que caracteriza a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em curso no Brasil, na primeira década do século XXI, é travado entre as correntes que identificamos como ‘*saúde bucal coletiva*’ (SBC) e ‘*odontologia de mercado*’ (OM), pois ambas, sendo articuladas e fazendo parte de correntes político-ideológicas, procuram influenciar os rumos da PNSB, na defesa de seus respectivos interesses⁴. O que está em jogo é, essencialmente, o modelo de atenção em saúde bucal, que a SBC quer com

certas características e a OM com outras.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde (7aCNS), realizada em 1980, pela primeira vez na história das conferências um grupo de trabalho analisou o modelo de atenção decorrente da prática odontológica predominante no Brasil. Ao publicar “*Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*”, em 1994, registrei que aquele grupo afirmou que o modelo se caracterizava, em linhas gerais, pela ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, caráter monopolista, e pela inadequação no preparo dos recursos humanos⁵.

Desde então, o modelo se alterou. A conquista do Estado Democrático de Direito, consagrado na Constituição de 1988, legou também ao país um Sistema Único de Saúde (SUS) que, não obstante suas limitações e os ataques que sofre diariamente, tem se revelado uma notável conquista da cidadania. Com a inclusão de ações de saúde bucal, o SUS tem contribuído para enfrentar e superar algumas das características do modelo de atenção delineado na 7ª CNS. É pertinente, a propósito, assinalar que dentre as deliberações aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1aCNSB) está a “*inserção da saúde bucal no sistema único de saúde [por meio de um] Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal [...] universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal*”⁶.

Mas, até onde foi possível avançar desde a 1aCNSB? Quais são os avanços e os desafios

da saúde bucal no Brasil, até a primeira década do século XXI? Neste artigo busco indicar elementos que possam contribuir para a produção de respostas para estas perguntas.

MÉTODO

Este ensaio é escrito na primeira pessoa do singular em decorrência do seu objeto. A análise da PNSB comporta, como é próprio de qualquer política pública, distintos enfoques e abordagens. Neste caso, o referencial analítico é constituído pelos pressupostos teórico-metodológicos do materialismo histórico-dialético. Em decorrência, trata-se de uma, dentre muitas possíveis, abordagem do objeto. Pressupõe por essa razão uma perspectiva singular, compatível, contudo, com análises destoantes e até mesmo antagônicas.

Política Nacional de Saúde Bucal

A política de saúde bucal em curso no Brasil no início da segunda década do século XXI é bem-sucedida, sob vários aspectos. É fato inegável, também, que foi com o advento do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006) que a PNSB se consolidou no âmbito do SUS⁷ e produziu resultados marcantes, que serão abordados mais à frente, não obstante o descrédito popular na potência do SUS para equacionar seus problemas de saúde e o refluxo dos movimentos sociais. Também é correto que “*nunca antes na história deste país*” – reiterando a frase-bordão tantas e tantas vezes repetida por Lula, na condição de Presidente da República, em vários cantos do Brasil – tantos recursos públicos foram investidos na PNSB. É de conhecimento público, por outro lado, que Lula sempre exigiu – e eu o ouvi dizer isto em público – que os serviços odontológicos do SUS contassem

“com instalações, equipamentos e materiais tão bons ou melhores que os melhores serviços particulares”, pois não queria que fosse “uma coisa vagabunda, meia-boca, não. Tem de ser tudo de primeira!”.

Não obstante a clara definição de rumos, o volume dos recursos alocados às ações, e o decidido apoio de Lula à PNSB, as linhas mestras que caracterizaram o “Brasil Sorridente”, nome-fantasia da PNSB sob os governos Lula (2003-2010), não foram gestadas nesse período histórico, mas bem antes⁸.

A longa gênese

Embora por vezes se considere que a PNSB teria “surgido”, em 2002, após a eleição de Lula, em razão da ocorrência de “uma janela de oportunidade” decorrente de um “movimento político peculiar” correspondente ao “movimento de um grupo de militantes não pertencentes ao governo federal que disputavam um espaço institucional (dentro do Ministério da Saúde)”⁹, tenho ponderado que não foi bem assim. No capítulo de abertura do livro “*Tratado de saúde coletiva em odontologia*”, de Antonio Carlos Pereira¹⁰, argumentamos que esse processo foi bem mais complexo, tendo se iniciado na luta contra a ditadura militar e ganhado expressão técnico-política nos ECEO (Encontro Científico de Estudantes de Odontologia), ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), alguns congressos de odontologia e de saúde coletiva, conferências de saúde, e algumas entidades odontológicas como a FIO (Federação Interestadual dos Odontologistas) e a ABOPREV (então, Associação Brasileira de Odontologia Preventiva), dentre outros fóruns,

como o Movimento da Reforma Sanitária e o MBRO (Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica). Em processo de relativamente longa maturação, foi se consolidando, nesses espaços técnico-políticos, um conjunto de propostas que, no governo Lula, se expressou nas “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, documento político balizador do Programa Brasil Sorridente. Esta origem é, aliás, explicitamente reconhecida na apresentação das mencionadas diretrizes, quando se diz que são “resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal”¹¹. Assim, sob um recorte histórico mais amplo, que se iniciou com a redemocratização do país, deve-se reconhecer que as proposições nucleares da PNSB foram se definindo naquele contexto histórico, como um processo coletivo de construção fortemente vinculado ao Movimento da Reforma Sanitária e às trajetórias históricas das forças partidárias que se articularam na coligação que, em 2002, levaria à eleição de Lula. Essas proposições foram, portanto, antes do advento do governo Lula, amplamente debatidas, durante vários anos, em todo o país, em fóruns reconhecidamente democráticos. Os momentos estratégicos dessa construção foram, indubitavelmente, os debates e proposições originadas nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 1986, 1993 e 2004, as quais, com suas etapas municipais, regionais e estaduais envolveram dezenas de milhares de cidadãos brasileiros¹².

Brasil Sorridente: a política de saúde bucal dos Governos Lula

Talvez a decisão estratégica de maior relevância do governo Lula, na área de saúde bucal, tenha sido acolher e fazer suas as proposições democráticas – até então sistematicamente recusadas, enquanto conjunto, por todos os governos federais, de José Sarney (1985-1990) a Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

As linhas gerais, de natureza política, do que viria a ser o Programa Brasil Sorridente foram discutidas numa reunião em São Paulo, no dia 24 de novembro de 2002, logo após a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência da República. Dessa reunião participaram militantes partidários representantes de três partidos políticos (PT, PCdoB e PSB), que compunham a coligação “Lula Presidente”, vindos de 11 estados. Os debates giraram em torno de um conjunto de propostas para uma política nacional de saúde bucal que, desde o período de resistência à ditadura militar, vinham se firmando como referência para a ação política desses militantes e partidos, no âmbito mais geral da saúde e, mais especificamente, da saúde bucal. Ao final da reunião foi aprovado o conteúdo de um documento intitulado “Fome zero e boca cheia de dentes”, resumindo as principais decisões da reunião e que foi encaminhado às direções nacionais dos respectivos partidos políticos e aos representantes da coligação “Lula Presidente”, integrantes da comissão de transição de governo. Esse documento apresentava um diagnóstico da situação da saúde bucal, identificava ações imediatas a serem desenvolvidas nos primeiros 100 dias de governo, propunha um balizamento geral

para o trabalho a ser desenvolvido na área de saúde bucal no âmbito do futuro governo federal, e, também, fazia considerações sobre critérios para escolha do ministro da Saúde e do responsável pela Política de Saúde Bucal do Governo Lula que se iniciaria em breve¹⁰.

Os autores de “Fome zero e boca cheia de dentes” esclareceram, no próprio documento, que *“preliminarmente, consideramos necessário assinalar que o anúncio do Programa Fome Zero como a primeira manifestação do Presidente Eleito ao povo brasileiro sinaliza, clara e inequivocamente, um conjunto de prioridades para as políticas públicas que, em nosso entendimento, inclui a saúde e, nela, a saúde bucal, uma vez que **tornar fome zero uma realidade para todos os brasileiros implica assegurar-lhes condições para mastigar bem** [grifos no original]. E ter dentes é condição para mastigar bem. Manter dentes saudáveis e, na sua falta, prover dentes aos que deles necessitam constitui, sem dúvida, enorme desafio no conjunto de desafios do Programa Fome Zero. Daí nossa consigna: **Fome zero, boca cheia de dentes!**”* [grifos no original]. O documento destaca “o empenho dos trabalhadores dos serviços públicos odontológicos”, a luta travada por setores do sindicalismo odontológico e a participação de setores progressistas nas universidades, afirmando que tais lutas *“confluíram para a presença ativa da área de saúde bucal nos momentos políticos mais significativos de nossa história recente, como a campanha pelas Diretas Já, as conquistas do setor saúde na Constituição da República Federativa do Brasil e nas Leis Orgânicas da Saúde, o impeachment de Fernando Collor, as greves gerais e os Movimentos pela Ética na Política. A defesa da saúde bucal como*

direito de cidadania tem sido reafirmada em diversos espaços, como a I e a II Conferências Nacionais de Saúde Bucal, os ENATESPO, o Fórum Nacional dos Trabalhadores da Área de Saúde e na participação cotidiana nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.” Constam desse documento 23 itens que deveriam balizar a atuação do governo federal na área de saúde bucal¹⁰.

O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, definida no âmbito do governo Lula (2003-2006) no primeiro ano de governo e integrada ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”, objeto da Portaria 2.607, de 10/12/2004 do MS. Nesse documento, foi enfatizada a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, sublinhada a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia, e identificados os princípios norteadores e as linhas de ação previstas⁴.

O conteúdo das “Diretrizes...” havia sido submetido ao crivo dos 883 delegados à etapa nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília, de 29/7 a 1/8 de 2004. Uma vez referendadas na 3ª CNSB (nenhuma das 298 propostas aprovadas na conferência se referiu negativamente a qualquer diretriz), as concepções, objetivos e metas contidas no documento foram incorporadas, enquanto linhas de ação, no Plano Nacional de Saúde aprovado pela Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, do Ministro da Saúde, após terem sido aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)

e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Aliás, foi nesse processo de debates e modificações que o documento original, intitulado apenas “Política Nacional de Saúde Bucal” ganhou o termo “Diretrizes da...” PNSB, pois esses colegiados entenderam que não se tratava, propriamente, de uma política específica, particularizada, mas de diretrizes para atuação na saúde bucal no âmbito do Plano Nacional de Saúde. Assim, a PNSB deveria ser construída a partir dessas diretrizes, mediante ampla discussão com a sociedade, institucionalizando-se como componente inerente à Política Nacional de Saúde e tendo sua implementação realizada de modo integrado às demais ações de saúde.

Conquistas do Brasil Sorridente

A linha de ação com maior visibilidade da PNSB é a relacionada com a ampliação da atenção secundária, historicamente residual nas políticas públicas do setor. Refiro-me aos CEO – Centros de Especialidades Odontológicas que a partir de 2004 começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros, com base na Portaria MS/GM-1.570, com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Em trabalho anterior¹² afirmei que os CEO têm dado grande visibilidade técnica e política ao “Brasil Sorridente” e que, em muitas situações, chegam mesmo a se confundir com a própria PNSB. A Portaria MS-2.607/04 define os CEO como “unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica”, ofertando, “de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por

exemplo, tratamentos cirúrgicos, periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.” Os CEO são, portanto, unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da atenção odontológica básica, e estão integrados ao processo de planejamento loco-regional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e governo federal⁴.

Embora criar e expandir uma rede física notável de CEO (853 unidades, até dezembro de 2010) seja uma importante conquista da PNSB, pois o significado político disso é que a saúde bucal no setor público conseguiu ir além do básico e, rompendo a barreira da atenção primária, busca viabilizar a integralidade da atenção, algo que os sistemas públicos de saúde no Brasil vêm recorrentemente negando às pessoas, é um erro reduzir a PNSB a essa rede. Aliás, é crucial não fazê-lo: CEO, um ou mil, ou dez mil, só têm sentido se articulados em rede e integrados sistemicamente a outros níveis de atenção, sobretudo à atenção primária. Os CEO vieram para que fosse possível avançar na integralidade do cuidado, reduzindo o déficit histórico da atenção secundária pública em saúde bucal, não para se constituírem em algo à parte no SUS.

Outro avanço significativo foi feito na atenção básica, com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, iniciada em 2000 com a publicação da Portaria MS-1.444, de 28/12/2000, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF”¹³.

Tenho afirmado⁴ que, quando o governo federal editou a Portaria 1.444/2000 “inserindo

a saúde bucal no PSF”, alguns, ingenuamente, acreditaram que isso aconteceu porque o então Ministro da Saúde, José Serra, ficara “abismado”, ao tomar conhecimento dos dados da PNAD-1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), publicados pelo IBGE em agosto de 2000 e que indicavam que 29,6 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca tinham ido ao dentista. A porcentagem se elevava para 32% na área rural, onde o acesso ao dentista era inédito para 10,3 milhões de pessoas. Entre os brasileiros cujo rendimento familiar mensal era superior a 20 salários mínimos (SM), apenas 4,1% nunca tinham ido ao dentista (3,4% na região Sul). Mas essa porcentagem alcançava 36,5% entre aqueles cujo rendimento familiar não chegava a 1 SM – atingindo dramáticos 43,4% entre os sem rendimentos da região Nordeste. Os dados que teriam deixado Serra “abismado” revelavam que sentar na cadeira do dentista continuava sendo, no Brasil, um insuportável monopólio de classe social. Um privilégio e não um “*direito de todos*” – mais uma cruel expressão das iniquidades que nos assolam. Embora os dados relativos à primeira década do século XXI indiquem melhora desse quadro, ele não se alterou substantivamente, prevalecendo como expressão de iniquidades a serem enfrentadas por políticas públicas adequadas.

No episódio da “inserção da saúde bucal no PSF” crê-se que, em razão do péssimo quadro indicado pelos números, o ministro José Serra, por isso, ato contínuo, *incontinenti*, tomado de súbita consciência do quão grave e injusto era o quadro, mandou que se editasse o referido documento. Mas não foi assim que aconteceu, embora a assessoria de comunicação social do ministro tenha produzido essa cena romântica

(no sentido de que a sensibilidade se sobrepõe à razão), para produzir a imagem de uma autoridade pública sensível e que toma decisões rapidamente. Sem deixar de reconhecer o mérito ao ministro, é preciso assinalar que a Portaria 1.444/2000 resultou de um longo processo de discussões que envolveu, de algum modo, entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde desde o final de 1994. Já no segundo semestre daquele ano, a pedido da Federação Interestadual dos Odontologistas, o Ministério da Saúde realizou em Brasília uma reunião com técnicos, especialistas e lideranças odontológicas para tratar do assunto. A partir daí, gradativamente, outras entidades odontológicas, como a ABO – Associação Brasileira de Odontologia e o CFO – Conselho Federal de Odontologia, foram se incorporando ao processo e insistindo na necessidade de o PSF contar “com dentistas” nas equipes. Atuando como um “sujeito coletivo” com certa expressão, os profissionais de odontologia em saúde pública, manifestando-se coletivamente por meio do ENATESPO, também jogaram papel decisivo no processo que culminou com a publicação da Portaria no ano 2000.

No período de 2002 a 2010, embora o número de equipes de saúde bucal (ESB) tenha se elevado de 4.261 para 20.424, esse número correspondia apenas a pouco mais de metade das Equipes de Saúde da Família. Além disso, uma pequena proporção das ESB contava com o técnico em saúde bucal. É preciso ponderar, ademais, que dados sobre “potencial de cobertura” são importantes, mas, por se referirem à demanda potencial e não à demanda efetiva, não esclarecem sobre o número de brasileiros que estão efetivamente tendo acesso às ações de saúde bucal e se beneficiando da PNSB. É de grande significado, contudo, que

equipes de saúde bucal estejam presentes em 4.830 (87%) dos 5.566 municípios brasileiros, e que, nesse período, o potencial de cobertura tenha se elevado de cerca de 15% para aproximadamente 45%.

No último ano do governo Lula, o Ministério da Saúde optou por adquirir unidades móveis para assistência odontológica, denominadas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), com o argumento de que tais unidades eram necessárias para viabilizar a assistência nos municípios participantes do programa Territórios da Cidadania, especialmente das populações localizadas em áreas rurais isoladas e com grande extensão geográfica. As UOM são equipadas com consultório odontológico e seus principais componentes, incluindo aparelho de raios X, ar-condicionado, pia para lavagem de mãos, reservatórios de água e armários. Na primeira etapa foram entregues 51 UOM, cada uma com capacidade para atender em média 350 pessoas por mês. Foram beneficiados 15 estados, de acordo com critérios definidos em conjunto pelos ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Agrário. O apoio federal mensal para manutenção de cada UOM é R\$ 4,68 mil, além de uma parcela única de R\$ 3,5 mil para a compra de instrumentos e material de consumo.

Em conjunto, as ações de saúde bucal na atenção básica, com prioridade para o PSF, na atenção secundária, com a expressiva rede de CEO que se logrou construir em pouco mais de meia década, e a organização da atenção terciária, notadamente na assistência relacionada ao câncer de boca, consolidaram essa modalidade assistencial no âmbito do SUS⁷.

A ação intersetorial de maior expressão

com significado direto para a saúde bucal é, sem dúvida, a fluoretação das águas de abastecimento público e as medidas de vigilância que essa tecnologia de saúde pública requer. A cobertura da fluoretação das águas vem se ampliando no Brasil desde os anos 1950, com notável incremento nos anos 1980. Entre 2003 e 2010 foram implantados 603 novos sistemas de fluoretação, beneficiando 458 municípios, em 11 estados, contemplando aproximadamente 5,2 milhões de pessoas. Considerando apenas esses sistemas novos, sem computar o crescimento da população em localidades anteriormente fluoretadas, o ritmo de expansão da cobertura de água fluoretada alcançou a média de 1.780 pessoas/dia. Considerando os novos sistemas e o crescimento demográfico, estima-se que o ritmo da expansão seja de aproximadamente 14 mil pessoas/dia. Com o início da fluoretação em Rio Branco, no Acre, e em João Pessoa, na Paraíba, em 2011, a fluoretação abrange, significativamente, os extremos ocidental e oriental do território brasileiro, tão marcado simbolicamente pelo eixo norte-sul.

Outro avanço, dos mais significativos, proporcionados pela PNSB no governo Lula foi a consolidação da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB Brasil. A iniciativa corresponde à realização, periódica, de um inquérito populacional, de abrangência nacional, sobre as condições de saúde bucal (cárie dentária, doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos). São produzidas estimativas para todas as capitais estaduais e o DF, para as cinco macrorregiões e suas respectivas regiões do interior, e para o país como um todo. Uma

das características marcantes do SB Brasil é ser totalmente planejado, organizado, executado e avaliado no interior do SUS, envolvendo nesse processo algo como uns 2.500 profissionais de saúde e pesquisadores, vinculados a universidades públicas e privadas. O projeto se iniciou em 1986 e, em 2010, foram realizados os trabalhos de campo de sua edição mais recente, ocasião em que se colheram dados de aproximadamente 38 mil pessoas, por meio de exames bucais e entrevistas, em 177 cidades¹⁴.

A consolidação e notável aprofundamento da PNSB na primeira década do século XXI não seria viável sem adequado financiamento. Por isso, cabe destacar o avanço representado pelo financiamento proporcionado à PNSB nos governos de Lula. Além das transferências financeiras regulares da esfera federal para Estados e Municípios, por meio dos blocos de financiamento, sem especificidade por modalidade assistencial, os gastos federais com investimentos específicos em saúde bucal, passaram de 56,5 para 427 milhões por ano, no período de 2003 a 2005⁷, atingindo cerca de 600 milhões, em 2008. No período de 2003 a 2008, foram investidos aproximadamente R\$ 2,4 bilhões. Sem esse aporte de recursos não teria sido possível impulsionar a implementação dos CEO e inserir equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família⁷.

Desafios da PNSB

No âmbito da atenção básica, é crucial estar atento às distorções que a prática pode impor em várias localidades. O fato de que, nos primeiros anos (2001-2002) de inserção da saúde bucal no PSF, 7,2% das equipes de saúde bucal habilitadas atendiam exclusivamente escolares, alerta para a importância de se combater a reprodução de práticas que não

apontam para a busca da universalidade do cuidado. Em alguns estados, esse valor ultrapassava 15%¹⁵. Analisando 136 municípios do Paraná com ESB no PSF em 2002, Baldani et al.¹⁶ verificaram estrangulamentos ligados ao encaminhamento dos casos de maior complexidade, elevado número de contratos temporários de trabalho e necessidade de formação de profissionais generalistas com perfil adequado. O financiamento compartilhado da saúde bucal no PSF, entre as três esferas de governo, é ainda quimera e precisa ser enfrentado e superado, não obstante iniciativas como as do Rio Grande do Sul, que em 2003, aprovou um incentivo estadual¹⁷, e do Paraná que fez o mesmo em 2004¹⁸.

O PSF, implantado em 1994, sob inspiração da estratégia de medicina familiar desenvolvida em Cuba, mas também levando em conta as propostas de focalização das políticas preconizadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, convive, em cada local onde é desenvolvido, com um dilema: para ser, efetivamente, uma estratégia de construção do SUS, e não apenas “mais um programa” vertical “do Governo Federal”, é essencial que, em cada município, sua implantação e desenvolvimento ocorram com acompanhamento e controle do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão. Quando isso não ocorre, observa-se um simulacro de intervenção pública na saúde, sem potência para de fato contribuir para “reorganizar o modelo de atenção” a partir da atenção básica, seu significado mais profundo⁴.

O desafio estratégico que se coloca às forças políticas que se empenharam para inserir a saúde bucal no PSF é não permitir que se restrinja à presença de cirurgiões-dentistas no

PSF, e que a atuação não reproduza modelos excludentes. Nesse aspecto, será decisivo, no plano mais restrito dos atores sociais mais diretamente ligados à área de saúde bucal, o resultado do enfrentamento entre as proposições com origem na Odontologia de Mercado e as vinculadas ao campo da Saúde Bucal Coletiva. Até o presente, tem sido possível compatibilizar essas proposições em suas generalidades, mas é evidente o antagonismo quando se avança para a composição das equipes de saúde bucal e para a definição das ações relacionadas às práticas assistenciais. Basta constatar que, do total de 20.424 ESB em dezembro de 2010, apenas 8,3% eram equipes completas (modalidade II), com a presença, portanto, do Técnico em Saúde Bucal. A se manter esse cenário, são grandes as chances de o PSF, na área de saúde bucal, reproduzir o modelo hegemônico e perder potência transformadora.

No que diz respeito à integralidade dos níveis de atenção, o pressuposto teórico é que os CEO se consolidem como unidades de assistência odontológica de nível secundário operando de modo complementar e articulado com a atenção básica. Contudo, há muitos relatos de acesso direto de usuários aos CEO, em várias localidades, em praticamente todas as regiões brasileiras. Impedir o denominado “atalho ao CEO”, e, portanto, sua descaracterização na rede de atenção, é um dos mais significativos desafios à PNSB e que requer a atenção tanto dos gestores quanto dos movimentos sociais e trabalhadores da saúde, por meio dos conselhos e conferências de saúde. O avanço representado pelos CEO no serviço público odontológico decorre, essencialmente, da ruptura com a lógica de ofertar apenas cuidados odontológicos básicos no SUS, integrando tais unidades, necessariamente, a sistemas

de referência e contra-referência (em 2003, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos eram de média e alta complexidade). O desafio que claramente emerge desse processo é não sucumbir às pressões clientelísticas e resistir à tentação de transformar os CEO em portas de entrada do sistema de atenção.

Nesse sentido, a descaracterização dos CEO seria um retrocesso para a PNSB. Outra descaracterização para a qual é preciso estar atentos diz respeito à concepção de que esses centros de especialidades devem ser centros de especialistas odontológicos. Ouvem-se frequentemente menções à “necessidade” de que apenas “especialistas pelo CFO” ocupem postos de trabalho nessas unidades. Pretende-se, nessa lógica, que cada CEO reproduza, de algum modo, a segmentação por microespecialidades que caracteriza a corporação profissional odontológica. Não é pequeno, portanto, o risco de que esse tipo de unidade assistencial do SUS seja capturado pela Odontologia de Mercado e, nele, sua lógica desintegrada seja imposta e reproduzida. Trata-se, portanto, de um enorme desafio, dada a força hegemônica que a OM detém. Nesse sentido, é preciso superar também uma tendência de desvincular o CEO do SUS no plano da comunicação visual definida pelo MS para o Brasil Sorridente. A análise mais detida das padronizações adotadas para essa comunicação visual permite constatar que, nesse plano, as referências simbólicas ao SUS são escassas ou mesmo inexistentes.

O começo da estruturação de uma rede de centros colaboradores em vigilância da saúde bucal (CECOL), articulando serviços do SUS e centros universitários, no segundo governo Lula, requer consolidação e ampliação. Essa

rede CECOL exerceu papel estratégico no planejamento e execução do SB Brasil 2010. Contudo, não se encontra consolidada e sua continuidade está indefinida.

A ampliação do apoio à PNSB por parte dos setores organizados da sociedade, em conselhos de saúde de diferentes esferas de gestão, é desafio permanente e requer atenção especial pelos que, em níveis federal, estadual e municipal coordenam as políticas públicas setoriais. Nesse aspecto, também as conferências de saúde são estratégicas. Realizada em 2004 a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal aprovou um relatório que, quase uma década depois, ainda é referência importante para o que fazer na área de saúde bucal³. Porém, o silêncio sobre a convocação e realização da 4ª CNSB preocupa, pois é tempo, quase uma década depois, de reavaliar o conjunto de propostas emanado da 3ª CNSB e atualizar essa agenda subsetorial.

Um desafio que requer atenção especial relaciona-se com a desigualdade no acesso à água fluoretada. Enquanto nas regiões Sudeste e Sul a cobertura supera os 75% da população, com alguns Estados superando 90%, como Paraná e São Paulo, as regiões Norte e Nordeste apresentam baixas taxas de cobertura, como Pernambuco e Maranhão, e com alguns Estados sem qualquer município com fluoretação das águas, caso do Amapá. O esforço para fluoretar águas de abastecimento é, como se sabe, de grande significado em saúde pública, não apenas pelo benefício direto da prevenção de cáries, mas também pelo que significa em termos de qualificação dos sistemas de tratamento e distribuição de água⁴.

Em 2008 teve início, como parte da PNSB, a distribuição de kits contendo escova de

dente e creme dental, através das Equipes de Saúde da Família e do Programa de Saúde do Escolar, para apoiar a realização de atividades preventivas, realizadas pelas Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal das ESB, nas Unidades Básicas de Saúde ou até mesmo em visitas domiciliares. Foram priorizados 1.242 municípios com baixos índices socioeconômicos. Entre 2008 e 2010 foram enviados 72 milhões desses kits. A medida foi bem recebida, pois se constituiu numa resposta efetiva às propostas de várias conferências de saúde, e em particular das conferências de saúde bucal, nesse sentido. Contudo, essa distribuição não vem tendo continuidade, gerando insatisfação nos beneficiários, comprometendo a credibilidade da PNSB. Com a descontinuidade, o efeito positivo inicial se perdeu e, no plano simbólico, o efeito passou a ser negativo. Como se trata de medida que, articulada a ações programáticas, tem papel estratégico num contexto como o brasileiro, deve-se reavaliar as razões da descontinuidade e, corrigindo o que for necessário, retomar essa iniciativa.

Outra iniciativa que requer monitoramento e controle gerencial rigoroso diz respeito à decisão de empregar unidades móveis para assistência odontológica, uma vez que, de modo geral, as experiências brasileiras com o uso desse tipo de unidade não são bem avaliadas, por gestores e usuários. Ao contrário, são bem conhecidas as dificuldades gerenciais relacionadas com a manutenção do veículo e com a alocação de recursos humanos compatíveis com os deslocamentos territoriais requeridos por esse tipo de veículo. Avariados e sem condutores, unidades móveis são vistas frequentemente imobilizadas em garagens oficiais. Mantê-las em operação é,

portanto, enorme desafio, aliado à necessidade de compatibilizar essa tecnologia com os princípios que regem a atenção básica.

Não obstante a relevância desses desafios é crucial não perder de vista que o principal desafio posto à PNSB é não permitir que se descole das demais políticas de saúde, integrando-se efetivamente ao SUS e articulando-se às demais políticas públicas destinadas ao enfrentamento e superação da miséria e das desigualdades sociais, recusando, portanto, sua redução a um mero programa odontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a PNSB possa seguir avançando na busca da integralidade da atenção e realizar seu objetivo estratégico de mudar o modelo de atenção à saúde bucal caracterizado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, o conjunto de ações que a compõem não poderá ficar restrito nem à saúde da família, no plano da atenção básica, nem aos CEO, na atenção secundária. Terá, necessariamente, de ir além e operar, concomitantemente no âmbito das micropolíticas e no das macropolíticas, produzindo transformações tanto nos serviços de saúde, nas relações que concretamente se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários do SUS, quanto nas políticas públicas nas três esferas de governo. Embora os CEO sejam atualmente a face de maior visibilidade da PNSB ela é muito mais do que os CEO. Concretizar isto é o principal desafio estratégico posto a essa política pública, cujos maiores riscos são, de um lado essa redução e, de outro, a descontinuidade do financiamento.

O futuro da saúde bucal no SUS dependerá da forma como for equacionado, nos próximos

anos, o desafio fundamental de fortalecer a sociedade civil, respeitar os movimentos sociais populares e consolidar a democracia. Manter a saúde bucal na agenda da gestão das políticas públicas exigirá esforços tão ou mais consistentes quanto os realizados nos primeiros 20 anos do SUS. Nesse processo será fundamental o papel do Estado, tanto na garantia do aprofundamento da democracia e dos princípios republicanos na vida nacional, quanto na implementação de soluções adequadas para regular os conflitos gerados pelo exercício de direitos coletivos e a preservação das liberdades individuais. Avançar nessa direção implica, conforme tem sido apontado por diferentes atores sociais, superar o ideário liberal-privatista e, levando em conta o interesse público, desenvolver e fortalecer a capacidade de gestão das políticas públicas, da política de saúde e da PNSB, colocando-as em sintonia com os interesses populares. Implica, em suma, avançar nas concepções e práticas que possibilitem romper a hegemonia da Odontologia de Mercado, transformar o modelo de atenção e, com isso, avançar na desodontologização da saúde bucal e na universalização dos cuidados odontológicos, preconizados pela Saúde Coletiva, tornando concreto para todos, também em seu componente bucal, o direito humano à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF, Peres MA (orgs). Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
2. 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; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 3^a Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
5. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 1^a Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
7. Pucca-Jr, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Brazilian Oral Research. 2010;24(Supl.1):26-32.
8. Andrade FR. Relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal. Goiânia: Ed. UFG; 2009.
9. Bartole MCS. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da política nacional de saúde bucal. In: Lopes MGM, organizador. Saúde bucal coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p.161-73.
10. Frazão P, Narvai PC. O SUS e a política nacional de saúde bucal. In: Antonio Carlos Pereira (org). Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. [acesso 2008 Out 30]. Disponível em: <http://dtr2004>.

saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php.

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

13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28/12/2000. *Diário Oficial da União* 29/12/2000, seção 1, p.85.

14. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(1):4.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

16. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(4):1026-35.

17. Souza DS. A participação da saúde bucal na estratégia saúde da família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

18. Alcântara CM. A experiência do Paraná. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008.