

Saúde Bucal no Brasil: uma Nova Política de Enfrentamento para a Realidade Nacional

Brazilian oral health: a new fronting politic at national reality

Nemre A. SALIBA¹, Suzely A. S. MOIMAZ², Cristina B. FADEL³, Livia S. BINO⁴

1 - Professora Titular, Departamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Brasil.

2 - Professora Adjunto, Departamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Brasil.

3 - Pós-Graduanda (doutorado) em Odontologia Preventiva e Social, Departamento de Odontologia Infantil e Social, pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Brasil.

4 - Pós-Graduanda (mestrado) em Odontologia Preventiva e Social, Departamento de Odontologia Infantil e Social, pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Brasil.

RESUMO

A implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil constitui-se atualmente em uma das principais frentes da Política Nacional de Saúde Bucal, cujo desafio é ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Com o objetivo de analisar a implantação e a distribuição geográfica dos CEO no Brasil e relacioná-las com indicadores de saúde bucal e indicadores sociais amplos desenvolveu-se este estudo, fruto da exploração de fontes secundárias. Os resultados obtidos mostram que o Brasil conta atualmente com 339 CEO implantados, distribuídos de forma relativamente homogênea em 283 dos 5.560 municípios brasileiros, presentes nas cinco Grandes Regiões. A maioria dos CEO encontra-se implantada em municípios de grande porte. Os dados expuseram que as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste obtêm as maiores porcentagens de municípios cobertos pelos

CEO (7,6%; 6,5%; 6,1%, respectivamente), enquanto as regiões Norte e Sul apresentam as menores taxas de cobertura (4,0% e 4,5%, respectivamente). Com relação às necessidades sociais e de saúde bucal da população, as regiões Norte e Nordeste são portadoras das condições menos favoráveis, situação contrária às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste que apresentam as melhores condições. Embora os resultados da implantação dos CEO no Brasil sejam ainda tímidos, frente às características geográficas e populacionais do país e à necessidade de expansão de serviços odontológicos de maior complexidade, esta iniciativa representa um avanço real na reorganização da prática odontológica.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Odontologia; Serviços de saúde bucal.

INTRODUÇÃO

Pela primeira vez de forma consistente, organizada e coletivamente construída, a população brasileira ganha uma referência para a orientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal.

Como uma tentativa de resposta, por parte do governo brasileiro, aos últimos resultados epidemiológicos de saúde bucal em âmbito nacional, onde aproximadamente 85% da população adulta e quase 99% dos idosos brasileiros usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária¹, ou como consequência do amadurecimento do processo de gestão em saúde pública no Brasil, os brasileiros foram finalmente apresentados a uma Política Nacional de Saúde Bucal, denominada "Brasil Sorridente"².

O "Brasil Sorridente" passa então a responder por um conjunto de ações ligadas à saúde bucal, articulado às políticas de saúde e às demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema de Saúde do Brasil. Sem dúvida, a meta primeira desta nova política, situa-se na questão da reorganização da atenção em saúde bucal, em todos os seus níveis de complexidade, tendo o conceito da integralidade do cuidado

como eixo de reorientação do modelo e, conseqüentemente, como objetivo, a melhoria do acesso à saúde bucal e a garantia do atendimento odontológico à população brasileira. Em suma, apresenta como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de água de abastecimento público, a reorganização da atenção básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da atenção especializada (através, principalmente, da ampliação e da qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados).

Para tanto, e dispondo do uso de suas atribuições, o Ministério da Saúde vem constantemente editando portarias, a fim de aproximar questões relativas ao processo de credenciamento, implantação e financiamento de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO à realidade dos municípios e Estados³⁻⁵. Vale lembrar que os recursos financeiros, bens e insumos deverão ser destinados aos procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. É também importante salientar que se trata de um processo de implantação co-participativo, com parcelas contributivas de Estados e municípios.

Os CEO, considerando-os como uma das frentes desta Política,

devem ser entendidos como uma extensão do trabalho realizado por toda a rede de atenção básica municipal ou estadual, e não considerados apêndices do sistema de atenção em saúde. Basicamente, são unidades de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sendo classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. No que se refere à oferta de serviços, os CEO devem estar capacitados para oferecer à população, no mínimo, ações de diagnóstico bucal avançado, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais. Atualmente os Centros de Especialidades Odontológicas podem se apresentar em três categorias distintas: CEO tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (com 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (com 7 ou mais cadeiras odontológicas), com ofertas de serviços especializados e recursos diferenciados².

Além da implantação de CEO, está também prevista na Política Nacional de Saúde Bucal, o cadastramento e o credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), assim como a operacionalização de todos os seus procedimentos. Estes laboratórios visam à confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis, podendo ser unidades próprias do município ou unidades terceirizadas, credenciadas pelo próprio município.

Com o objetivo de analisar a implantação e a distribuição geográfica dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, e ainda, tentar relacioná-las com indicadores de saúde bucal e indicadores sociais amplos, desenvolveu-se esta pesquisa.

MATERIAL E MÉTODO

Atualmente o país conta com 339 Centros de Especialidades Odontológicas, distribuídos em 283 dos 5.560 municípios brasileiros. Este estudo, fruto da exploração de fontes secundárias, envolveu todos os municípios que possuíam CEO, segundo informações disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica, órgão do Ministério da Saúde⁶.

Analisou-se a presença e a distribuição geográfica dos CEO, nas cinco Grandes Regiões do Brasil, relacionando-as com algumas características demográficas, sociais e relativas à saúde bucal.

Quanto aos dados demográficos, optou-se pela estratificação segundo o porte do município (municípios de pequeno porte foram considerados aqueles com até 10.000 habitantes, municípios de médio porte com população entre 10.000 e 50.000 habitantes e o município foi considerado de grande porte quando possuía mais de 50.000 habitantes). Os indicadores sociais pesquisados foram obtidos através da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD realizada no Brasil, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁷, sendo que os eleitos para este estudo remetem a variáveis amplas como a educação, a renda e o saneamento básico. Por fim, utilizou-se alguns dados de saúde bucal, divulgados no último inquérito epidemiológico brasileiro de base nacional, o Projeto SB Brasil 2003.

Os dados pesquisados foram submetidos à análise descritiva e os resultados expressos em tabelas, contendo valores absolutos e relativos.

RESULTADOS

O Brasil conta com 339 Centros de Especialidades Odontológicas, distribuídos entre as Regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo que, destes, 89 eram do tipo I, 244 do tipo II e somente 06 eram do tipo III.

Com relação à distribuição de CEO implantados nas Grandes Regiões e conforme a frequência de cobertura municipal dos CEO em cada região observa-se a Região Norte com uma parcela de cobertura de 4%, a Nordeste com 6,1%, a Sudeste com 7,6%, a Região Sul com 4,5% e a Centro-Oeste com 6,5% de seus municípios cobertos, dados que demonstram certa disparidade na presença distributiva de CEO pelo Brasil.

Na abordagem quanto ao porte demográfico dos municípios e a presença de CEO, verifica-se a maioria desses Centros de Especialidades concentrados em municípios de grande porte, com exceção da Região Nordeste, que apresenta uma distribuição dos CEO quase paritária entre municípios de médio e grande porte. Somente três municípios de pequeno porte, em todo o Brasil, possuem CEO implantados (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta alguns indicadores sociais, propostos pelo IBGE⁸ em 2006 e considerados essenciais para avaliação das condições de vida da população. Na questão do analfabetismo, ob-

Tabela 1. Presença e distribuição dos CEO, de acordo com o porte demográfico dos municípios e cobertura de implantação, segundo as Grandes Regiões do Brasil. Fontes: IBGE, Perfil dos Municípios Brasileiros 2004⁸; Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal 2004⁹; MS 2006².

GRANDES REGIÕES	Nº TOTAL MUNICÍPIOS	Nº MUNICÍPIOS COM CEO			TOTAL CEO	MUNICÍPIOS COBERTOS
		PEQUENO PORTE	MÉDIO PORTE	GRANDE PORTE	n	%
NORTE	449	-	06	09	18	4,0
NORDESTE	1.792	01	49	53	110	6,1
SUDESTE	1.668	02	27	66	127	7,6
SUL	1.188	-	12	35	54	4,5
CENTRO-OESTE	463	-	07	16	30	6,5

Tabela 2. Relação entre a presença de CEO implantados e indicadores sociais mínimos, segundo as grandes regiões do Brasil. Fonte: IBGE 2006, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005⁷.

GRANDES REGIÕES	CEO IMPLANTADOS (n)	INDICADORES SOCIAIS			
		*TAXA DE ANALFABETISMO	**RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (%)		***DOMICÍLIOS C/ SANEAMENTO PÚBLICO (%)
			Até ½ sm	Mais de 5 sm	
NORTE	18	11,6	36,4	2,8	8,8
NORDESTE	110	21,9	44,9	2,6	34,5
SUDESTE	127	6,6	15,8	8,0	83,4
SUL	54	5,9	15,0	7,2	80,7
CENTRO-OESTE	30	8,9	21,4	7,4	36,0

* pessoas de 15 anos ou mais de idade.

** per capita, em salário-mínimo (sm).

*** condições simultâneas de abastecimento de água e esgotamento sanitário por rede geral, e lixo coletado diariamente.

servam-se as piores taxas nas Regiões Norte e Nordeste (11,6% e 21,9% respectivamente, de pessoas maiores de 15 anos que declaram não saber ler ou escrever). Também quanto ao rendimento mensal das famílias brasileiras, as piores rendas (até ½ salário mínimo por pessoa) encontram-se concentradas nas Regiões Norte e Nordeste e as concentrações de renda mais favoráveis (mais de 5 salários mínimos por pessoa) nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Em relação aos domicílios que dispõem de saneamento, chama a atenção a Região Norte, com uma cobertura de somente 8,8% de domicílios com acesso a tratamentos sanitários adequados. Quando relacionados, esses dados, com a presença de CEO nas Grandes Regiões, nota-se uma relação inversa entre a implantação dos Centros de Especialidades e condições sociais desfavoráveis, principalmente quando se compara as Regiões Norte e Sudeste. Com relação à Região Nordeste, observa-se que, apresentando indicadores sociais desfavoráveis, a mesma foi contemplada com um elevado número de CEO. Porém, em termos de distribuição municipal, a sua frequência de cobertura não atinge números expressivos.

A Tabela 3 mostra alguns dados, relativos à saúde bucal brasileira, divulgados pelo Ministério da Saúde⁹ em 2004. Observa-se, que as Regiões Norte e Nordeste, em geral, são portadoras das piores condições de saúde bucal. Para estas regiões, os resultados desfavoráveis refletiram-se também em indicadores indiretos de saúde, como a presença de água fluoretada na rede pública de seus municípios e os altos índices de pessoas que nunca freqüentaram o dentista. Relacionando os dados de saúde bucal à presença de CEO implantados, verifica-se novamente uma inversão entre necessidade de saúde (bucal) e atenção especializada, exposta de forma mais severa na Região Norte.

DISCUSSÃO

O Brasil, enquanto um país de enormes distanciamentos geográficos e populacionais, naturalmente expõe um perfil bastante complexo, onde diferenças econômicas, sociais, culturais e demográficas concorrem positivamente para a desigualdade em

Tabela 3. Relação entre a presença de CEO implantados e indicadores de saúde bucal, segundo as grandes regiões do Brasil. Fonte: Projeto SB Brasil 2003, MS 2004³.

GRANDES REGIÕES	CEO IMPLANTADOS (n)	INDICADORES BUCAIS					
		*CPOD	**PRESENÇA DENTES	***NECESSIDADE PT		****FLÚOR	*****ACESSO
				SUP.	INF.		
NORTE	18	3,13	39,13	3,63	3,59	6	16,56
NORDESTE	110	3,19	45,07	2,59	2,59	16	21,76
SUDESTE	127	2,30	66,53	2,81	3,85	66	10,14
SUL	54	2,31	65,74	1,66	2,32	88	5,77
CENTRO-OESTE	30	3,16	55,09	2,06	2,25	54	12,15

* índice CPOD (média de dentes permanente cariados, perdidos ou restaurados) aos 12 anos.

** porcentagem de pessoas (faixa etária: 18 anos) com todos os dentes presentes na boca.

*** porcentagem de pessoas (35 a 44 anos) que necessitam de prótese total (PT).

**** porcentagem de municípios com adição de flúor na água de abastecimento público.

***** porcentagem de pessoas (15 a 19 anos) que nunca foram ao dentista.

saúde de sua população. Sendo assim, o reflexo destas características, deve ser constantemente reconhecido e considerado, em todos os momentos relativos à organização dos serviços públicos, em especial às ações pertinentes ao campo da saúde.

Há tempos, as reformas propostas para o setor saúde, entendidas aqui como processos de reorientação dos serviços, têm tentado introduzir mudanças capazes de minimizar as desigualdades historicamente vivenciadas no campo da saúde. Neste sentido, indubitavelmente, a descentralização dos serviços de saúde representa, até hoje, o maior avanço alcançado, atribuído principalmente ao processo de municipalização.

A municipalização dos serviços de saúde passou então a permitir, simultaneamente, uma maior racionalização administrativa e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema. Para Merhy e Queiroz¹⁰ (1993), a implantação de serviços médicos e sanitários de caráter permanente, municipalizados e controlados pelo Estado, segundo uma hierarquia de complexidade tecnológica, deveria constituir-se alvo de conquista neste setor.

Torna-se desejável, nesta concepção, uma rede básica de saúde, que funcione verdadeiramente como porta de acesso da população a um sistema amplo e resolutivo, observando-se, contudo, os desejáveis avanços na oferta de serviços de maior complexidade. Neste sentido, de hierarquia tecnológica da assistência à saúde (classificada em primária, secundária e terciária), e quando nos remetemos ao campo da saúde bucal, nos deparamos, no Brasil, com a recente implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Os resultados obtidos neste estudo mostram a grande maioria dos CEO, até o momento implantados nas cinco Grandes Regiões, presentes em municípios considerados de grande porte e com uma extensão de sua cobertura de implantação em níveis ainda tímidos, contudo, em termos percentuais, distribuídos de forma relativamente homogênea no território nacional. Esta é uma característica importante para um sistema de referência em saúde, uma vez que, torna-se desejável a absorção, em cada município brasileiro, de serviços com dimensão de complexidades compatíveis com suas capacidades de expansão tecnológica e populacional¹¹.

Outro dado aqui exposto remete a uma contradição quando se compara as Regiões Norte e Sudeste, em relação à presença de CEO implantados e condições sociais desfavoráveis. Pois, observa-se que, embora a região Norte apresente indicadores sociais bastante expressivos com relação à elevada taxa de analfabetismo, o baixo rendimento mensal familiar e a pequena cobertura de domicílios com saneamento público, apontando diversas necessidades e deficiências, ela possui menos CEO implantados do que a região Sudeste; a qual, apesar de possuir um número bem mais elevado de municípios e deter condições sociais mais favoráveis, apresenta uma grande cobertura de CEO implantados.

Relacionando-se agora a atenção especializada (CEO implantados) e características que determinam o perfil de saúde bucal da população brasileira, o estudo revelou que a Região Norte apresenta uma relação de inversão da atenção, visto que a mesma detém indicadores de saúde bucal menos favorecidos e se

encontra menos privilegiada na atenção odontológica.

Este fenômeno, aonde a maior parte dos programas de saúde, tende a atingir maiores coberturas nos grupos populacionais que menos necessitam de sua intervenção, foi pioneiramente descrito por Hart¹², em 1971, como a "lei da assistência inversa", sendo, desde então, vastamente observado em estudos ecológicos populacionais. Sob esta perspectiva, é importante considerar que a inserção de tecnologias necessárias à atenção em saúde, deveria apoiar-se na realidade epidemiológica de cada região, procurando produzir ações equânimes, e não igualmente distribuídas.

Com relação à distribuição geográfica de CEO, a Região Nordeste merece destaque, uma vez que a mesma foi contemplada com um elevado número de Centros, apresentando indicadores sociais desfavoráveis. Este fato pode ser explicado por uma característica que tem constantemente acompanhado a Região: estar sendo pioneira na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil, as quais serviram de alicerce para o desenvolvimento da atual Política Nacional de Saúde Bucal, condição que fatalmente lhe confere a vanguarda nesse processo.

Observando-se os dados obtidos com as Regiões Sul e Centro-Oeste, nota-se certa proporcionalidade na relação número de CEO implantados, indicadores sociais e indicadores de saúde bucal.

Vale ressaltar que, a cobertura dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, encontra-se em fase de implantação e expansão, o que subsidia as diferenças regionais existentes no processo. Ainda, por tratar-se de um processo de implantação co-participativo, com parcelas contributivas de Estados e municípios, está sujeito a questões políticas diversas, peculiares a cada uma dessas regiões, que vão desde rivalidades partidárias a incentivos fiscais, perpassando por dificuldades geográficas. Desta forma, as diferentes cronologias de implantação e de expansão dos CEO devem ser entendidas e respeitadas de acordo com o momento e os avanços políticos vivenciados por cada Região.

Assim, a ampliação de oportunidades de acesso aos serviços odontológicos, visando suprir as debilidades de saúde bucal e reduzir as iniquidades em saúde no Brasil deve ser amplamente considerada e contemplada por esta nova Política.

CONCLUSÃO

Sem dúvida, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, frente aos pequenos avanços até hoje alcançados na oferta de serviços de maior complexidade, constituiu-se uma estratégia promissora, de proposta concreta para a reorganização da atenção em saúde bucal.

No entanto, as ações até aqui construídas, devem responder somente às primeiras expectativas geradas, assumindo um caráter contínuo e incessante, que procura vir de encontro às constantes inquietações sobre a necessidade pungente de reorganização da prática odontológica em nosso país.

REFERÊNCIAS

01. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2004.
02. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. A Saúde Bucal Levada à Sério. Janeiro 2006.
03. Brasil. Portaria nº 74. Indica a necessidade de uma rede de suporte para os serviços odontológicos especializados. Diário Oficial da União 2004; 20 jan.
04. Brasil. Portaria nº 1570. Da implantação e do credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas Diário Oficial da União 2004; 29 jul.
05. Brasil. Portaria nº 1571. Da implantação e do credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas Diário Oficial da União 2004; 29 jul.
06. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Planilha Excel Siab_maio_2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/cidades_atendidas.php>. Acesso em: 21 Jun. 2006.
07. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2005. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas; 2006.
08. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Municípios Brasileiros - Gestão Pública 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=514&id_pagina=1>. Acesso em: 23 jun. 2006.
09. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
10. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde Pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública 1993; 9(2):177-84.
11. PAIM JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 489-503.
12. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1:405-412.

ABSTRACT

The implement of Specialized's Dentistry Centers in Brazil is, on present-day, one of the prime faces of Oral Health Brazilian Political, of which is to amplify and to qualify the specialized's dentistry services proffer. The aim of this study, done with indirect dates, was to analyze the implantation and geographical distribution of these Centers in Brazil and try to make a relationship between this information and social and oral health factors. The results obtained showed the presence of 339 Centers already implanted in Brazil, homogeneously allocated in 283 cities, by a total of 5.560 brazilian cities, presented in the five Greater Regions. The most of the Centers were presented in large load cities. The data showed Southeast, Central West and Northeast regions with

the major percentage of cities carrying Specialized's Dentistry Centers (7,6%; 6,5%; 6,1%, respectively), while North and South regions present the minor covering taxes (4,0% and 4,5%, respectively). Relation to population's social and buccal needs, North and Northeast Regions have the most adverse conditions, on the contrary to South, Southeast and Central West Regions who show the best one. Although the finded results were not so expressive, reflecting the brazilian geographical and populational characteristics and the essential development of specialized dentistry services, this initiative presents a real progress over the reorganization of dentistry's practice.

KEYWORDS: Health political; Dentistry; Oral health services.