

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Isgualdo Valdes Bosmenier

Análise da Odontologia na Atenção Primária no Brasil e em Cuba:
políticas e organização de Atenção em Saúde Bucal

Porto Alegre
Julho de 2009

Isgualdo Valdes Bosmenier

**Análise da Odontologia na Atenção Primária no Brasil e em Cuba:
políticas e organização de Atenção em Saúde Bucal**

Monografia de conclusão do Curso de Graduação em Odontologia
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre
Julho de 2009

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal Rio Grande do Sul, pela possibilidade de revalidação do meu diploma.

À Comissão de Graduação do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

À Profa. Carmen Beatriz Borges Fortes.

Ao Prof. Dr. Fernando Neves Hugo.

À Profa. Aline Blaya Martins.

Aos acadêmicos: Marcelo Remedi, Leonardo C.L. Doyle, Ahmet Ozkomu, entre muitos outros, que me ajudaram em minha grata passagem por esta instituição.

E, de maneira especial, à minha esposa Clarissa Alves Antunes.

RESUMO

O artigo analisa comparativamente as principais características dos sistemas de serviços de Atenção à Saúde Bucal e trata de relacionar a odontologia na atenção primária em Cuba e no Brasil, apresentando a conformação, os objetivos, os componentes, as características e as funções dos serviços odontológicos de atenção primária nesses dois países. A tese central é o desenvolvimento da atenção primária e sua dimensão relevante na explicação dos processos de decisão relativos às políticas de Saúde Bucal e à diferente configuração dos sistemas político-institucionais dos dois países que têm como prioridade o acesso universal e a atenção integral à saúde de suas populações.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de saúde. Saúde bucal. Odontologia – Brasil – Cuba.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Níveis Hierárquicos de Atenção à Saúde.....	17
QUADRO 2 - Indicadores Comparativos	33
QUADRO 3 – Comparação dos Níveis Hierárquicos de Atenção à Saúde.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 COMPARANDO SISTEMAS	9
2.1 PORQUE É IMPORTANTE COMPARAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO BRASIL E DE CUBA	9
3 OBJETIVO	10
4 MATERIAL E MÉTODOS	11
5 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	12
5.1 PROPÓSITOS	12
6 HISTÓRIA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE BUCAL BRASILEIRA	14
6.1 ODONTOLOGIA SANITÁRIA E SISTEMA INCREMENTAL	14
6.2 ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA E ODONTOLOGIA INTEGRAL	14
6.3 PROGRAMA INVERSÃO DA ATENÇÃO (PIA)	14
6.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (BRASIL SORRIDENTE)	15
6.5 NORMATIZAÇÃO	16
6.6 CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESF	20
7 POLÍTICA CUBANA DE SAÚDE BUCAL	22
8 HISTÓRIA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE BUCAL CUBANA	23
8.1 NORMATIZAÇÃO	24
8.2 PROPÓSITOS	25
9 GRAU DE COBERTURA	29
10 EQUILÍBRIO ENTRE FONTES DE FINANCIAMENTO	30
11 INTEGRAÇÃO ENTRE AGENTES FINANCIADORES E OS PRESTADORES DE SERVIÇO	31
12 DISCUSSÃO	32
13 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Durante décadas, as políticas de saúde bucal no mundo foram centradas na prestação de assistência à doença. Ainda hoje, grande parcela da população não tem acesso aos cuidados odontológicos. A reforma da atenção à saúde tem sido prioridade de muitos países, mesmo naqueles em que os sistemas de saúde parecem estar estagnados. O grande impulso para estas reformas origina-se nos custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência de doentes crônicos como resultado do tratamento médico aprimorado e o crescente papel de tecnologias de alto custo no diagnóstico e manejo das doenças. Poucos países podem absorver estes custos sem uma séria consideração sobre alternativas. Devido às preocupações compartilhadas entre países como Cuba e Brasil, há uma convergência de interesse sobre a natureza da atenção primária e seu papel dentro dos sistemas de saúde destas nações.

Atenção Primária:

Em sua forma mais altamente desenvolvida, atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e população no decorrer do tempo. Existe ainda a crença predominante de que a essência da atenção primária é fundamentalmente simples, o que não pode estar mais longe da verdade (STARFIELD, 2002- apud:Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

O correto entendimento do conceito da Atenção Primária pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (STARFIELD, 2002-apud:Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

• **Primeiro Contato:** *implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura a atenção à saúde. A acessibilidade considera a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela Estratégia Saúde da Família, é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato (STARFIELD, 2002-apud:Brasil, Ministério da Saúde, 2006).*

• **Longitudinalidade:** *aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Poderia ser traduzida como o vínculo, a “Relação Mútua” entre o usuário*

e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços (STARFIELD, 2002-apud:BRASIL, Ministério da Saúde,2006).

• **Integralidade:** diz respeito às ações programadas para aquele serviço e qual a sua adequação às necessidades da população. Sua resposta a essas demandas enquanto capacidade resolutiva. Nesse sentido, deve ficar claro que as equipes de saúde devem encontrar o equilíbrio entre a resolutividade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional (STARFIELD, 2002-apud:BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

• **Coordenação:** relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção, quando necessário (STARFIELD, 2002-apud:BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

Dessas características próprias derivam três aspectos adicionais: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002-apud, BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

A atenção primária tem grande importância para a essência da saúde porque ela está baseada em Métodos e Tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelos quais os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de atenção à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006)

2 COMPARANDO SISTEMAS

Os sistemas de saúde do mundo contemporâneo mostram algumas semelhanças em função de políticas sociais que os tornaram gradativamente mais excludentes pela difusão de avanços tecnológicos e por inúmeras contradições pela transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor. Divergem não tanto ao acesso das populações aos serviços oferecidos, mas à forma como esses serviços estão organizados e quanto ao seu desempenho. As diferenças entre os sistemas de saúde são o resultado de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais específicos de cada sociedade (PINTO, 2000).

2.1 POR QUE É IMPORTANTE COMPARAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO BRASIL E DE CUBA

A importância de se comparar a atenção odontológica no Brasil e em Cuba inclui: 1) o intercâmbio de experiências bem sucedidas no campo da odontologia no sistema público de saúde entre os dois países, 2) a identificação de dificuldades na organização da atenção e de estratégias para superá-las e 3) a identificação de características dos dois sistemas que permitiram a organização de atenção odontológica de qualidade, de acordo com os atributos essenciais da atenção primária: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

3 OBJETIVO

Analisar a Odontologia na Atenção Primária no Brasil e em Cuba, com ênfase nas políticas públicas, na organização da atenção e da assistência em saúde bucal.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O método para a realização da pesquisa proposta foi a Revisão Bibliográfica, a partir de consulta a artigos publicados em periódicos, livros, políticas nacionais, guias e catálogos. A seguir, foi realizada a descrição das políticas públicas vigentes no Brasil e em Cuba, análise dos documentos e classificação dos Sistemas de Saúde em seu componente atenção odontológica, de acordo com os seguintes critérios:

1. Grau de cobertura (universal ou segmentada)
2. Equilíbrio entre fontes de financiamento (impostos, contribuição sociais, seguro público ou privado, pagamento direto)
3. Grau de integração entre agentes financiadores e os prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde ou de um Seguro Nacional)
4. Propriedade dos serviços (públicos, privado-lucrativos e filantrópicos) (PINTO, 2000).

5 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e da prática odontológica na atenção primária deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da família. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

Desde que surgiu o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem sofrido diversas interpretações. No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações inter-setoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que o colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

5.1 PROPÓSITOS

- O cuidado como eixo de reorientação do modelo
- A Humanização do processo de trabalho
- A co-responsabilização dos serviços

- O desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso
- Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. (BRASIL.Ministério da Saúde.Brasília,2004).

6 HISTÓRIA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE BUCAL BRASILEIRA

6.1 ODONTOLOGIA SANITÁRIA E SISTEMA INCREMENTAL

Modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante aos escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

6.2 ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA E ODONTOLOGIA INTEGRAL

Instituído ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram à promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

6.3 PROGRAMA INVERSÃO DA ATENÇÃO (PIA)

Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, em ações de caráter preventivo promocional (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

6.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (BRASIL SORRIDENTE)

Este programa foi relevante no desenvolvimento dos programas de Atenção Primária, porque tem como principal objetivo superar as desigualdades trazidas por uma lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento. Pensou-se na elaboração de uma política voltada à superação do abandono e da falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Foi neste contexto que a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi estruturada. Suas metas incluem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, como marco do fortalecimento da atenção primária, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2004).

O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A Política Nacional de Saúde Bucal se embasa do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do *Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil*, concluído em 2003. Este, que é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no país, se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais) que foram responsáveis pela execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios. Quase dez anos após a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizou-se, em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, oportunizando a participação popular na análise e na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Seu relatório final foi votado integralmente pelos 883 delegados e delegadas eleitos e presentes nos três dias da etapa nacional. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Primária em saúde bucal (especialmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, através, principalmente, da

implantação de 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 (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2004)

6.5 NORMATIZAÇÃO

A organização do sistema de saúde, no Brasil, se dá de forma hierarquizada entre os entes federados: união, estados e municípios (Quadro 2). No entanto, a diretriz de descentralização determina que a atenção à saúde seja prestada pelo nível municipal.

Existem vários níveis hierárquicos de Atenção a Saúde: Federal, Estadual, municipal, conforme apresentado no Quadro 1.

	BRASIL	CUBA
FEDERAL NACIONAL	<p>Formulação e implementação da política e do plano nacional de saúde.</p> <p>Financiamento e normatização das ações e serviços de saúde.</p> <p>Coordenação das redes nacionais de atenção, informação e vigilância.</p> <p>Cooperação técnica e científica.</p> <p>Ordenação da formação de recursos humanos.</p> <p>Participação nas políticas inter-setoriais e ações voltadas para a promoção da saúde.</p>	<p>Encontra-se o ministro da saúde pública, que será o responsável máximo da implementação e desenvolvimento dos programas de saúde.</p>
ESTADUAL PROVINCIAL	<p>Coordenação do sistema estadual de saúde.</p> <p>Promoção da descentralização.</p> <p>Apoio técnico e financeiro.</p> <p>Coordenação das redes assistenciais.</p> <p>Análise da situação de saúde.</p>	<p>Os diretores provinciais de saúde de cada território, através dos chefes de departamentos de odontologia, serão os responsáveis máximos pela implementação, controle e qualificação do presente programa, dispondo de forma organizada dos recursos humanos e materiais necessários para o programa.</p>
MUNICIPAL	<p>Prestação de Serviços de Atenção à Saúde.</p> <p>Gerência e execução de serviços de saúde.</p> <p>Execução das ações de vigilância em saúde.</p> <p>Participação na organização da rede regional.</p> <p>Implementação das políticas definidas no âmbito nacional.</p>	<p>O diretor municipal será o responsável máximo da implantação do programa, através do assessor municipal, que controla e qualifica as atividades.</p>
UNIDADE		<p>Os diretores das unidades executoras serão responsáveis, junto ao conselho da direção, por executar e qualificar a implementação e desenvolvimento do programa de atenção primária.</p>

QUADRO 1 - Níveis Hierárquicos de Atenção à Saúde

A organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus

conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas. A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional, cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde ora comuns (como as ações de planejamento, busca ativa, etc), ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. Construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às Equipes Saúde da Família no processo de trabalho em equipe (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde/doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura pró-ativa de proteção (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de construir com ele a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo

pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário), que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são apresentadas abaixo. O odontólogo tem atividades específicas na área de saúde junto à equipe de trabalho que tem como competências:

Competências do Cirurgião-Dentista da Estratégia da Saúde da família no Brasil

1. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

2. Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

3. Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

4. Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

5. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

6. Participar com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

7. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.

8. Realizar supervisão técnica do THD e ACD.

9. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes.

Na organização da atenção em saúde bucal na Saúde da Família um dos principais desafios e de vital importância para o desenvolvimento do programa é: **Unificar a Porta de Entrada com a Área de Atuação do Médico da Família**, seja numa perspectiva de organizar ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de apropriação do território-família-comunidade, seja na oferta dos serviços clínico-assistenciais (restaurações, aplicação de selante, etc). Nesse sentido, o planejamento conjunto de ações e a organização das atividades programadas é uma importante via para a integração do trabalho e para o fortalecimento da equipe. As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da Unidade Básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

6.6 CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Na ESF, as equipes de saúde bucal podem se organizar de acordo com um das seguintes categorias:

Modalidade I: Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário.

Modalidade II: Cirurgião-Dentista, Técnico em Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário.

À atenção primária deve assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção primária e a necessidade de buscar continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a

organização e desenvolvimento de ações de: (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

- **Ampliação e Qualificação da Atenção Secundária e Terciária**

Com a expansão do conceito de atenção primária, e a conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os CEO serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da Atenção primária e sempre integrada ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção primária.

Entre esses procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2006).

7 POLÍTICA CUBANA DE SAÚDE BUCAL

Como sabemos, Cuba é um país socialista e tem muitas conquistas em relação à saúde. Sua base fundamental está nos princípios da saúde pública socialista em que a abrangência é muito maior, não só da saúde pública socialista, mas também por causa dos princípios humanitários como diz a constituição da República de Cuba em seu Capítulo VII, artigo 50, e sua lei 41

[. . .] garantir a saúde a toda população, tendo como premissa que 'A saúde é um direito de todos os indivíduos e uma responsabilidade do Estado'; sendo, o Ministério da Saúde Pública, o responsável por executar a rede de serviços de saúde, de forma integral e de alta qualificação [. . .] (CUBA, 1976).

Essas atividades de saúde se realizam com a participação ativa da comunidade organizada.

Como parte inseparável do Sistema Nacional de Saúde e da sua visão, pode-se encontrar a estratégia Estomatológica em que são alcançadas metas de saúde bucal comparáveis com países desenvolvidos e recursos humanos com uma alta preparação científica, que representam uma referência internacional.

O Programa Nacional de Atenção Estomatológica Integral cubano tem como finalidade, agrupar as ações de saúde bucal, fundamentado em propósitos e objetivos, dirigidos a manter a população saudável. Este programa garante a sistematicidade, uniformidade e integralidade da execução das ações de saúde bucal e tem o propósito de incrementar e aperfeiçoar a atenção estomatológica. Combina todos os elementos do sistema da comunidade, com o objetivo de melhorar o estado de saúde bucal, qualidade e satisfação da população e prestadores em correspondência com as necessidades da saúde da população (CUBA. Ministério de Salud. Habana, 2002).

8 HISTÓRIA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE BUCAL CUBANA

O primeiro programa básico de atenção estomatológica foi elaborado em 1973, ao condicionar-se o documento denominado “Los programas del Area de Salud” (Libro Rojo). No ano de 1979 apresentou-se o modelo de atenção da “Estomatologia en la Comunidad”, que estabelecia mudanças conceituais na prestação de serviços, mas mantendo vigente o programa básico antes citado. Em agosto de 1984 é aprovado o Programa de Atenção Estomatológica aos menores de 15 anos e em setembro do mesmo ano, o programa de Atenção Estomatológica na população com deficiência mental. No ano de 1986, aprovaram-se os Programas de Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal e o de Atenção Estomatológica ao Adulto (CUBA. Ministério de Salud Publica. Habana, 2002).

Com a introdução do modelo de atenção primária do “Médico da Família” no Sistema Nacional de Saúde, então foi necessário vincular o estomatólogo com o médico da família, como forma de atualização e integração aos programas de atenção estomatológica, de maneira que funcione como instrumento de trabalho para alcançar os objetivos do modelo de atenção primária, incluídos no Programa Único Nacional de Atenção Estomatológica Integral à População (CUBA. Ministério de Salud Publica. Habana, 2002).

Passados 10 anos de aplicação do Programa foi necessária a revisão e formulação do mesmo para adequar-se aos requerimentos atuais da Organização do Sistema Nacional de Saúde, sustentado na aplicação do programa metodológico e tendo como premissa o fortalecimento do Município e à Projeção Comunitária da Atenção, assim como o desenvolvimento da Especialização em Estomatología Geral Integral (CUBA. Ministério de Salud Publica. Habana, 2002).

Para garantir a integralidade na atenção estomatológica, precisa-se de um programa de enfoque clínico-epidemiológico e social, que dê respostas às necessidades dos indivíduos, a família e à comunidade, identificando-os em análise da Situação Saúde Bucal, com ênfase na atenção primária, resultando importante que as ações fiquem inclusas no PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL, que tem como objetivo:

Incrementar e aperfeiçoar a atenção estomatológica através das ações integrais de Promoção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação, sobre os indivíduos, a família, a comunidade e o ambiente; sustentada pela participação comunitária na inter-setorialidade, assim como vinculados com todos os elementos do sistema, com o objetivo de alcançar um melhor estado de saúde bucal, elevar a qualidade da atenção e o grau de satisfação da população e prestadores, em correspondência às necessidades de saúde bucal identificadas em Análise da Situação de Saúde (CUBA. Ministério de Salud Pública, 2002, f. [9]).

8.1 NORMATIZAÇÃO

Existem vários níveis hierárquicos: nacional, provincial, municipal e de unidade, conforme apresentado no Quadro 1 (ver seção 6.5).

Especificamente, a prestação de serviços ambulatoriais se constitui de médicos e odontológicos; atenção médica e hospitalar; atenção médica e odontológica de urgência; atenção médica domiciliar; controle epidemiológico de doenças transmissíveis; controle higiênico do ambiente; assistência social aos idosos e aos deficientes; educação sanitária da população, desenvolvimento de investigações da saúde e formação e especialização de recursos humanos; produção, importações e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos; coleta, análise e apresentação de informação estatística da saúde; planejamento de desenvolvimento da saúde pública e informações relacionadas com ciências médicas e atividades científicas (CUBA. Ministério de Salud Pública. Habana, 2002).

Os níveis de atenção primária integrar-se-ão considerando o fenômeno saúde e doença como a inter-relação existente entre homem como ser bio-psico-social e o meio em que vive.

- Atenção primária à saúde em Cuba é definida como o conjunto de atividades e procedimentos organizados encaminhados a garantir a saúde de todos os integrantes da comunidade. Constitui o primeiro contato da população com o sistema nacional de saúde, ou seja, é a porta de entrada ao sistema de atenção primária (CUBA. Ministério de Salud Pública. Habana, 2002).
- Atenção secundária atende a todas as necessidades dos pacientes encaminhados, responsabilizando-se com a saúde bucal e saúde geral com o odontólogo, com um enfoque integrador, mediante a utilização de técnicas avançadas unidas a medicina natural e tradicional (CUBA. Ministério de Salud Pública. Habana, 2002).
- Atenção terciária é aquela que oferece atenção por equipes multifuncionais

criadas e acreditadas para realizar esta atenção em hospitais clínicos cirúrgicos docentes, gerais e pediátricos, provinciais e nacionais, institutos de oncologia, rede de reabilitação e próteses buco-maxilo-facial e faculdades de estomatologia (CUBA. Ministério de Salud Publica.Habana, 2002).

Entrando, em um nível de atenção primária, consideramos que o elemento principal e a base desse sistema em Cuba é o modelo da medicina geral integral. O programa da assistência integral à família que corresponderia de alguma maneira, com o Programa Saúde Família do Brasil.

Em Cuba, o odontólogo tem um papel importante dentro da Equipe de Saúde da Família, onde um dos objetivos é a participação no estado de saúde da população, tanto em ordem política quanto social. Estas ações correspondem com o programa de atenção odontológica integral e da população e tem como fundamento o modelo de odontologia geral integral.

O odontólogo deve atender um setor populacional de 1200 a 1800 habitantes, que corresponde a 2 consultórios, trabalhando em conjunto com o médico da família e enfermeira da família e com a participação da comunidade (CUBA. Ministério de Salud Publica.Habana,2002).

8.2 PROPÓSITOS

- Melhorar o estado de saúde bucal da população.
- Incrementar a qualidade da atenção e satisfação da população e trabalhadores da área.
- Continuar elevando o nível de serviços prestados em instituições (CUBA. Ministério de Salud Publica. Habana, 2002).

É importante enfatizar que existe um médico para 250 famílias. Junto com o odontólogo, que pode variar em número, dependendo da quantidade de pacientes presentes nesse universo de trabalho, está a enfermeira da família, que têm oportunidade de conhecer realmente os pacientes e como vive cada um deles. A equipe sabe qual é a realidade das famílias que estão sobre o seu atendimento. O atendimento a estas famílias vai além do profissional; deve ser como amigo e vizinho.

A equipe de Atenção Primária à Saúde recebe apoio dos especialistas das

outras áreas e do pessoal da Policlínica para desenvolver essas atividades do programa, especialmente dos especialistas da área de estomatologia, de cirurgia buço-maxilo-facial, de ortodontia, de periodontia, de pediatria, de prótese e um psicólogo.

Cada um desses especialistas deve disponibilizar uma consulta semanal, previamente programada junto com o odontólogo, para atender a demanda da comunidade. As reuniões docentes são coordenadas pelo grupo básico do trabalho, assegurando informação adequada para a equipe.

A Policlínica deve organizar o trabalho de maneira que possa garantir que a equipe fique o maior tempo possível na área de abrangência. Cada profissional da equipe de trabalho tem quatro horas semanais para atividades de aperfeiçoamento. A equipe realizará no mínimo um plantão por semana na Policlínica ou Hospital.

As atividades principais do Programa de saúde de Cuba são de promoção, prevenção, atenção médica, reabilitação, higiene, atividades sociais, atividades docentes, pesquisa, avaliação e controle, incorporando a população a exercícios físicos, principalmente em pacientes de grupos priorizados. É uma integração muito importante porque a pessoa de terceira idade, se não é atendida adequadamente, pode cair em depressão; realizar atividades educativas para diminuir fatores de risco como hábito de fumar, obesidade, educar na prevenção do câncer bucal, informar sobre a prevenção de doenças bucais; promover ações sobre risco de acidentes no lar, escolas, creches e outros lugares públicos; instruir a população no conhecimento e importância da saúde bucal; orientar sobre gravidez normal, riscos de gravidez, amamentação, cuidados do recém-nascido. Realizar a vigilância nutricional de cada integrante da família (BRITO, 2006).

O odontólogo tem atividades específicas na área de saúde junto à equipe de trabalho que tem como competências:

Competências do cirurgião-dentista em Cuba

1. Vincular o odontólogo com a equipe básica de saúde para garantir a atenção Odontológica primária na comunidade.
2. Incrementar a população com ações de promoção de saúde sobre o indivíduo, a família, a comunidade e o ambiente em todos os níveis de atenção.
3. Diminuir a morbidade de doenças buco-dentais mediante

ações de prevenção em todos os níveis de atenção.

4. Realizar ações de tratamento em todos os níveis de atenção.
5. Desenvolver ações de reabilitação odontológica em todos os níveis de atenção.
6. Garantir a qualidade na atenção odontológica integral que é oferecida nos serviços odontológicos.
7. Diminuir a morbi-mortalidade por câncer bucal.
8. Oferecer atenção integrada à população com deficiência física e mental.
9. Oferecer os serviços de urgência odontológicos.
10. Desenvolver investigações que respondam aos principais problemas das estratégias odontológicas relacionadas com o programa e com a qualidade de vida.
11. Ampliar o perfil e promover o aperfeiçoamento dos odontólogos, técnicos e pessoal que trabalha em instituições do sistema nacional de saúde, relacionados com o programa (CUBA. Ministério de Salud Pública. Habana, 2002).

Também é importante dizer que anualmente se realizam avaliações finais em todos os níveis do sistema nacional de saúde, tendo como referência as metas e objetivos propostos, o que permitirá fazer ajuste nas seguintes etapas:

- A avaliação se realiza através de informação estatística das tarefas cumpridas. Os resultados das análises da situação de saúde, a aplicação dos programas de qualidade, assim como as considerações das avaliações recebidas no período e outras avaliações setoriais e extra-setoriais.
- As avaliações podem ser internas e externas: entendo-se que esta última pode ser realizada pelo pessoal de fora da unidade – objeto de avaliação, retrospectiva (análise do processo depois de acontecido) e concorrente (análise do processo no momento que está acontecendo). Os métodos utilizados para a avaliação são diversos e entre eles podemos falar de observação, análise, entrevista, comparação, revisão documental e discussão. A avaliação dos odontólogos se realizará tendo como referência as mudanças observadas no estado de saúde bucal da população, conhecidas através da análise da situação de saúde.
- A satisfação da população: conhecida através de pesquisas, opiniões, das organizações da comunidade.

- A vinculação com o médico da família e demais especialistas.
- Cumprimento da disciplina laboral (CUBA. Ministério de Salud. Habana, 2002).

9 GRAU DE COBERTURA

Cuba: Universal.

Brasil: Universal.

10 EQUILÍBRIO ENTRE FONTES DE FINANCIAMENTO

Cuba: as fontes de financiamento são do Governo que financia toda a saúde. Não há cobrança de impostos ou planos privados de saúde. São investidos em saúde cerca de 7,1 % do PIB.

Brasil: Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm hoje de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais (mínimo 5%), recursos de tributos estaduais (mínimo 12%) e recursos da arrecadação tributária municipal (mínimo 15%). São investidos em saúde aproximadamente 7,6% do PIB (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

11 INTEGRAÇÃO ENTRE AGENTES FINANCIADORES E OS PRESTADORES DE SERVIÇO

Cuba: Os estabelecimentos de saúde são mantidos por verbas do Governo, assim como todos os profissionais de saúde são remunerados pelo Estado.

Brasil: os prestadores de serviço são financiados por verbas do Governo que pode, se necessário, contratar por contrato de direito público ou convênio instituições privadas que participem de modo complementar do SUS (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

12 DISCUSSÃO

É reconhecido que a inclusão de equipes odontológicas na atenção primária é de fundamental importância para que se garanta a integralidade da atenção à saúde dos indivíduos e comunidades. Além disso, as equipes odontológicas devem ter como missão a educação permanente, a fim de garantir a qualidade e o aperfeiçoamento constante do cuidado neste nível de atenção.

No Brasil, as tentativas de mudanças no modelo assistencial foram desencadeadas a partir da implantação e conseqüente evolução de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Várias experiências internacionais, incluindo as cubanas, serviram como base para implantação da política de saúde da família no Brasil, assim como para a introdução das equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, conforme consta das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicadas pelo Ministério da Saúde Brasileiro, em janeiro de 2004. Tal política marca a introdução da saúde bucal no SUS e, conseqüentemente, a participação ativa do Cirurgião-Dentista e do pessoal auxiliar nas equipes de Atenção Primária. Cabe destacar que a implantação das equipes encontrou grande aceitação nas comunidades, realizando também o resgate de uma dívida histórica do estado brasileiro com a saúde bucal da população. Alguns números falam por si só, tanto que, a partir da implantação das equipes se oportunizou condições para garantir, paulatinamente, o acesso a atenção integral em saúde bucal a *mais de 140 milhões de brasileiros que antes não dispunham*.

Em 1984, Cuba adotou um modelo de saúde alicerçado na medicina familiar, enfatizando a prevenção, e que se organiza como um sistema integrado na vigilância epidemiológica e sanitária, imunização, pesquisa, produção própria de vacinas e programas de imunização através de vacinação. O modelo cubano não só incentiva as atividades educativas e esportivas, a promoção de saúde, como também, a formação e educação permanente dos profissionais para a otimização do trabalho a ser realizado (SOSA, 1998).

É importante destacar que, levando em consideração o tempo decorrido desde a criação do programa de saúde da família em Cuba, este pode ser referência para o Brasil nesta área, conforme é possível observar quando se compara os

indicadores de saúde cubanos e brasileiros (Quadro 2). Os resultados de Cuba indicam, considerando-se a historicidade de seu processo de implantação das políticas públicas de saúde, que um sistema centrado em Atenção Primária à Saúde é capaz de provocar mudanças significativas e positivas nos indicadores de saúde da população. A estratégia de priorizar a atenção primária através da saúde da família garante maior abrangência as populações além de ser socialmente e economicamente mais aceitável por seu menor custo e maior efetividade.

INDICADORES	CUBA	BRASIL
População	11.451.654	198.739.269
Área Km ²	110.860	8.511.965
Alfabetização (%)	97,6	85,3
Media de Idade	37,3	28,6
Mortalidade infantil (<1 ano)	5,1	31
Médicos/cada 10000 Hab.	59	12
Odont./cada 10000 Hab.	8,6	9,4
GNP/Capita (US\$)	4.830	8.197
Gasto em Saúde/PIB (%)	7,1	8,4
Gasto em Saúde/HAB (US\$)	333	765

QUADRO 2 - Indicadores Comparativos
 FONTE: Organização Mundial da Saúde, 2005.

A realidade cubana de saúde é bem diferente da realidade brasileira e a sociedade também tem suas diferenças. Em Cuba, a equipe médica do Programa de Saúde da Família é integrada por um médico, um odontólogo e uma enfermeira, todos necessariamente com formação de nível superior, pois em Cuba não existe formação em nível técnico na área de enfermagem. Basicamente, o trabalho está centrado no médico e na enfermeira da família, que são responsáveis pelo programa. Já no Brasil, as equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro, pessoal técnico na área de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde bucal contam com dentistas e pessoal

auxiliar, mas não compõe a equipe mínima da estratégia de saúde da família. Quanto à área de abrangência, todas as equipes possuem áreas pré-determinadas geograficamente, tanto no Brasil quanto em Cuba. No Brasil, cada equipe é responsável por aproximadamente até 1000 famílias, ou aproximadamente 4000 pessoas, enquanto em Cuba cada consultório do médico de família é responsável por 250 famílias, enquanto o cirurgião-dentista é responsável por 1800 a 2000 pessoas (CUBA. Ministério de Salud Pública. Habana, 2002).

Em relação aos serviços de saúde privados ou suplementares, em Cuba não há estas modalidades de atenção, pois a organização do sistema de saúde é totalmente estatal, sendo um só sistema de domínio público. Seguindo a ideologia do internacionalismo proletário, que opera nas diretrizes do governo socialista cubano, qualquer profissional da área da saúde precisa ter disposição de prestar serviços em qualquer lugar do país ou do mundo. O sistema cubano de saúde é um conjunto de unidades administrativas de produção e de serviços responsabilizados pela atenção integral à saúde de toda a população. No Brasil, o sistema público convive com o subsistema privado, que através de pagamento direto ou seguros de saúde, estes últimos regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, atendia aproximadamente 21,1% da população brasileira em 2008.

Com relação aos níveis hierárquicos de Atenção à Saúde pode-se fazer analogia entre os dois países:

BRASIL	CUBA
Ministério da Saúde e Coordenação de Saúde bucal	Ministério da Saúde Pública
Secretaria Estadual de Saúde e Coordenação Estadual de Saúde Bucal	Diretores Provinciais de Saúde e Chefes de Departamentos de Odontologia
Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação Municipal de Saúde Bucal Conselho Municipal de saúde	Diretor Municipal Conselho dos Diretores
Unidade Básica de Saúde (Equipe de Saúde da Família)	Diretores da Unidade executora

QUADRO 3: Comparação dos Níveis Hierárquicos de Atenção à Saúde

No Brasil, a saúde família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Em Cuba, o sistema de saúde organiza-se de forma bastante estruturada por causa das diretivas do sistema socialista. Um dos exemplos da estrutura que há no sistema de saúde deste país se dá através da coordenação de cuidados, tanto que, nesta realidade a atenção odontológica é levada a todos os níveis de atenção, o que facilita a passagem dos pacientes nas diferentes instâncias de atenção, bem como, viabiliza que o profissional de atenção primária possa acompanhá-lo nos diferentes níveis, assegurando, desta forma, a real continuidade do cuidado.

A amplitude da atenção integral à saúde, em Cuba, também pode ser observada pelo fato dos serviços de atenção primária de saúde bucal, prestados por estomatólogos, estarem capacitados a atender deficientes físicos e mentais, realizar endodontias, diagnósticos e tratamentos estomatológicos, bem como, desenvolver ações curativas e de reabilitação em todos os níveis. No Brasil, as equipes de saúde bucal na Atenção Básica oferecem procedimentos clínicos menos abrangentes, com a atenção secundária organizada nos Centros de Especialidades Odontológicas. A atenção primária em saúde bucal no Brasil inclui atividades curativas, educativo-preventivas, atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais. Entretanto, devido às limitações na cobertura das ações em nível secundário, o Brasil enfrenta dificuldades importantes para garantir cuidados odontológicos integrais em áreas como endodontia, periodontia, cirurgia Bucal e, especialmente, reabilitação bucal.

13 CONCLUSÃO

Cabe assinalar que, tanto no caso de Cuba como o no Brasil, observa-se que é muito difícil introduzir mudanças nos sistemas de saúde, principalmente, após a consolidação histórica de determinado formato institucional. Apesar desta dificuldade, em ambos os países já existem vigas mestras sobre as quais foram construídos sistemas de saúde universais, visando à integralidade da atenção e com base na atenção primária.

Finalizando, devemos compreender que, ao percorrer os caminhos e enfrentar as dificuldades relacionadas com a implantação de sistemas de saúde universais, como é o caso do sistema cubano e do sistema brasileiro, poderemos esperar como resultado qualidade de vida e justiça social. Assim a odontologia deve cumprir seu papel nestes sistemas de saúde, visto que a saúde bucal também é um direito universal e necessariamente deverá ser considerado como parte integral da saúde dos indivíduos e das populações em geral.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D.S. **A Saúde da Família no SUS: um novo paradigma**. 1998. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1998, Rio de Janeiro, BR-RJ.
- BERLINGUER, G. Globalización, estado e salud. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 24, p. 8-11, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.
- _____. **Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 17)
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Políticas Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRITO P. Políticas de salud en las Américas. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 24, p. 96-103, 2006.
- CENTRO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. **Carpeta Metodológica: Movimiento “Municipios por la Salud”**. La Habana: MINSAP, 1996.
- CHEN, M. et al. **Comparing Oral Health Care Systems**. Ginebra: WHO, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/en>>. Acesso em: 15 jun. 2009.
- COUTTOLENC, B.F.; ZUCCHI, P. O Financiamento do SUS e Seus Desafios. In: _____. **Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: USP/FSP, 1998. P. 105-109. (Saúde & Cidadania, 10) Disponível em: <http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol10_08.pdf> Acesso em: 3 junho.2009.
- CUBA. Constituição, 1976. **Constituição da República de Cuba**. Havana, 1976.
- _____. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. **Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población**. Havana, 2002.
- GOMES, R.S. O Programa Saúde da Família em Cuba. In: PROJETO Radix: Biblioteca Virtual de Estudos da Comunicação e Saúde. São Paulo: UMESP, 2008. Disponível em: <<http://www.projektoradix.com.br>> Acesso em: 7 jun. 2009.
- HENZ, G.P. Como Aprimorar o Formato de um Artigo Científica. **Horticultura Brasileira**, Brasília, v. 21, p. 145-148, abr./jun. 2003.
- LABRA, M.E. Padrões de Formulação de Políticas de Saúde no Chile no Século XX. **Dados: revista de Ciências Sociais**, v. 43, n. 1, p. 153-182, 2000.

_____. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de salud. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1041-1052, jul./ago. 2002.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

SOSA, M.; MOJÁIBER, A. **Municípios por la Salud**: estratégia estomatológica. Cuba: MINSAP, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2004.

UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT. Equitable access to health care and infectious disease control: concepts, measurement and interventions. In: CONFERENCE news: report of an International Symposium, 13–15 February 2006, Rio de Janeiro, Brazil. Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/publications/publications/conference_news.htm> Acesso em: 20 jun. 2009.