

FLÁVIA TORQUATO DUTRA

**A ODONTOLOGIA INSERIDA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MATOZINHOS/MG:**

ANÁLISE DE DADOS VISANDO AVALIAR A NECESSIDADE
DA IMPLANTAÇÃO DESSA ESTRATÉGIA

CORINTO/MINAS GERAIS

2011

FLÁVIA TORQUATO DUTRA

**A ODONTOLOGIA INSERIDA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MATOZINHOS/MG:
ANÁLISE DE DADOS VISANDO AVALIAR A NECESSIDADE
DA IMPLANTAÇÃO DESSA ESTRATÉGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Rafaela da Silveira Pinto

CORINTO/MINAS GERAIS

2011

FLÁVIA TORQUATO DUTRA

**A ODONTOLOGIA INSERIDA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MATOZINHOS/MG:**

**ANÁLISE DE DADOS VISANDO AVALIAR A NECESSIDADE
DA IMPLANTAÇÃO DESSA ESTRATÉGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais para a obtenção do certificado de
Especialista.

Orientadora: Rafaela da Silveira Pinto

Banca Examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

CORINTO/MINAS GERAIS

2011

*Dedico este trabalho à população da cidade
de Matozinhos merecedora de todo o meu esforço*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me presentear com este curso de especialização e pela sua poderosa presença em minha vida.

À Profª. Rafaela Pinto, minha orientadora, pelas contribuições, paciência e estímulo para a conclusão desta monografia.

A todos os professores do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pelos conhecimentos enriquecedores.

À Silmeiry Angélica, minha tutora presencial, pelo exemplo de profissionalismo, delicadeza e incentivo. Como foi bom conhecê-la!

Às colegas de classe, em especial Thaís e Luiza pela amizade construída.

À minha irmã Adriana, pelo auxílio sempre presente.

À minha auxiliar Mariana, pela ajuda durante este trabalho.

À minha amiga, Angélica Cupertino, pelo incentivo, auxílio, apoio e indicação para a realização deste curso.

Aos meus pais e irmãos que sempre me deram apoio e incentivo para o meu crescimento profissional.

Ao Wendel pela paciência e carinho durante a realização deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram a concluir este curso, minha eterna gratidão.

RESUMO

Este estudo objetivou comparar dados da atenção em saúde bucal do município de Matozinhos (MG), ainda não inserida na Estratégia de Saúde da Família - ESF com os mesmos dados do Estado de Minas Gerais como um todo e com um município da região Norte, um da Nordeste e um da Centro Sul com 100% de cobertura populacional de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Foram utilizados, para a comparação, os indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Cobertura populacional de saúde bucal na ESF, Ação coletiva de escovação dental supervisionada e outros que são atualmente acompanhados pela Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: cobertura de primeira consulta odontológica programática e proporção de exodontia de dentes permanentes em relação aos procedimentos básicos individuais) e a produção odontológica dos procedimentos da atenção básica da saúde bucal. Os resultados mostraram que o município de Matozinhos, que ainda não possui a saúde bucal na ESF apresentou os menores indicadores de Escovação dental supervisionada e Cobertura de primeira consulta odontológica programática. O município que apresentou maior número de procedimentos de ação coletiva foi também o que apresentou o menor indicador de proporção de exodontias de dentes permanentes em relação ao número de procedimentos básicos individuais. O município de Matozinhos prioriza uma odontologia curativa reparadora centrado na doença quando comparada aos 3 municípios analisados que possuem a Equipe de Saúde Bucal inserida na ESF, porém, conforme revisão de literatura, somente a inserção da odontologia na ESF não garante uma mudança no modelo de atenção.

Palavra chaves: Equipe de saúde bucal; Indicadores de saúde bucal; Modelo de atenção a saúde.

ABSTRACT

This study aimed to compare data on oral health care in the municipality of Matozinhos (MG), not yet included in the Family Health Strategy - ESF with the same data of the State of Minas Gerais as a whole and a municipality in the northern region, one of the Northeast and another one of the South Central with 100% population coverage of oral health in the Family Health Strategy. Were used to compare the oral health indicators of the covenant of the Primary Care Health System - SUS (population coverage of oral health in the ESF, the collective action of supervised tooth brushing and others that are currently monitored by the Office of Oral Health the State Department of Health of Minas Gerais first dental coverage ratio of programmatic extraction of permanent teeth in relation to the individual basic procedures the dental procedures production of primary oral health. The results showed that the municipality of Matozinhos, which still does not have oral health in the FHS had the lowest indicators of supervised tooth brushing and first dental coverage programmatically. The municipality with the highest number of procedures for collective action was also presented the lowest indicator of the proportion of extractions of permanent teeth in the number of basic individual. The city of Matozinhos prioritizes a curative restorative dentistry focused on the disease when compared to the three municipalities that have analyzed the Oral Health Teams included in the FHS, however, as the literature review, only the inclusion of dentistry in ESF does not guarantee a change in the model of care.

Key words: Team oral health; Indicators of oral health; Model of health care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

BPA- Boletim de produção ambulatorial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados

ESB – Equipe de saúde bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FNS – Fundo nacional de saúde

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

ICMS- Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias

LRPD- Laboratório regional de prótese dentária

MAC - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso de atenção primária

SIA – Sistema de informações ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção primária

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em saúde bucal

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Localização do município de Matozinhos no mapa do estado de Minas Gerais.....19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	
5.1 PROMOÇÃO DE SAUDE.....	16
5.2 INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	17
5.3 MATOZINHOS.....	20
5.4 A ESB NA ESF E FINANCIAMENTO.....	22
5.4.1 INCENTIVO FEDERAL MENSAL.....	22
5.4.2 INCENTIVO ESTADUAL MENSAL.....	23
5.4.3 DOAÇÃO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	23
6 DISCUSSÃO E RESULTADOS	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
8 REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Modelo Assistencial é uma forma de articular e organizar recursos físicos, tecnológicos e humanos com o objetivo de enfrentar e resolver os problemas de saúde da coletividade. Ao longo da evolução histórica no campo do saber científico, quatro modelos se moldaram em determinados momentos das sociedades. O primeiro deles, denominado Modelo Monocausal ou modelo biomédico que teve seu auge no período conhecido como Revolução Científica, período impulsionado por descobertas no campo da Microbiologia como as de Pasteur e Koch. Este primeiro momento é marcado pela concepção de monocausalidade da doença onde apenas um fator (o agente biológico) seria capaz de ocasionar doença. Assim a estruturação da prática médica era predominantemente curativa. Um segundo momento, incorporou fatores sócio-econômicos, culturais, físicos, químicos além de condições sociais (trabalho e moradia por exemplo) à causalidade de doença, acrescida do fator biológico, como capazes de interferir no processo saúde doença mas sem, no entanto, atribuir pesos e hierarquias aos fatores de origem social e de ordem biológica. Esta postura não permitiu que neste momento, caracterizado pela multicausalidade da doença, houvesse nova concepção sobre saúde-doença e, conseqüentemente, não houve mudança na prática médica, trabalhando apenas o efeito, continuando esta, assim como a primeira, adotada com mecanicismo e racionalismo. Já o Modelo da História Natural da doença, proposta por Leavell e Clark, na década de 50, baseia-se na dinâmica de equilíbrio e desequilíbrio entre três fatores: hospedeiro, fator etiológico e meio. Ao mesmo tempo orienta a prática médica para uma de suas duas fases propostas: a pré-patogênica e a patogênica além de propor três níveis de ação ou intervenção: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária sendo estas duas últimas aplicadas à fase patogênica. Mas, como as anteriores, ainda não atribui pesos e hierarquias na dinâmica entre os três elementos principalmente no campo social. Não considera o caráter histórico e social dos processos de saúde e doença: considera a doença algo inexorável. O Modelo da Determinação Social da Doença traz a superação da concepção da mera relação de causa-efeito para explicar o adoecimento e a morte. Aponta-se para um modo de adoecer como um processo que tem como elemento modelador a estrutura social. Neste momento surge no contexto histórico o conceito de Epidemiologia Social (baseada na determinação)

contrapondo à Epidemiologia Clínica, tradicional baseada na causalidade (WERNECK, 2008).

Assim, saúde-doença ganha objetividade: é uma realidade concreta, expressa em grupos sociais marcados por traços sócio-econômicos particulares, que evidenciam as suas similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho indicando diferentes modos de viver, adoecer e morrer de acordo com as características das classes sociais e, dentro delas, dos grupos sociais. O conceito de determinantes sociais ganham corpo neste quarto momento e a questão da Promoção em saúde estrutura-se neste momento. (FIOCRUZ, 1998 pag 13).

Através da boca nos relacionamos com as pessoas e com o mundo, sendo muito importante no processo de socialização quando falamos, beijamos, sorrimos. Por isso que as doenças bucais podem afetar a qualidade de vida das pessoas. Quando as pessoas não tem acesso aos serviços de saúde bucal podem se sentir excluídas socialmente.

Constata-se que alguns segmentos vêm refletindo que a contribuição na construção de um modelo de atenção efetivamente melhore as condições de vida dos brasileiros e, como consequência desse processo, vários gestores municipais e estaduais estão inserindo ações na Estratégia de Saúde da Família - ESF, entendendo-os como estratégias que possibilitará a melhoria na qualidade de vida dos usuários. Busca-se construir novos processos de trabalho voltado para a família, considerando-a como uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, unidade grupal onde ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais além de promover resolução dos casos em demanda pela população. A inclusão da saúde bucal na ESF criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção primária e representou a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

No município de Matozinhos os inquéritos epidemiológicos possuem dados somente relacionados ao público de escolares, uma vez que apenas este público tem sido abordado nas intervenções diagnósticas populacionais. As populações adulta e idosa ainda estão carentes de

ações que mapeiem suas reais necessidades em saúde bucal. Os dados existentes em relação à saúde bucal deste público demonstram elevado número de intervenções mutiladoras do tipo exodontias e pulpectomias.

JUSTIFICATIVA

Podemos considerar que não há modelo assistencial isento de interesse ou acima da vontade dos diversos grupos e sua mudança envolve sempre uma luta política e resultará em um novo equilíbrio de interesses e valores. No município em questão ainda não existe expansão para acesso universal às ações e serviços de saúde bucal dentro dos moldes da estratégia de prevenção, promoção e assistência prevista na Constituição (BRASIL, 2007). Ao mesmo tempo, nota-se desconhecimento dos gestores em relação ao modelo proposto pela ESF priorizando-se numericamente intervenções curativas no âmbito da saúde bucal. A assistência Odontológica pública municipal prestada em Matozinhos dá-se de maneira anacrônica aos princípios que hoje regem o SUS enquadrando-se no Modelo Assistencial dito Multicausal, sem integralidade da atenção e com abordagem curativa ou mutiladora da doença instalada.

OBJETIVO

Objetivo Específico

Mostrar a importância da inclusão da equipe de saúde bucal na ESF para a população e para gestores através de uma revisão de literatura contendo experiências de municípios que já possuem a odontologia inserida na ESF e através de um levantamento e análise de dados da odontologia do município.

METODOLOGIA

Neste estudo buscou-se comparar os indicadores e a produção odontológica dos procedimentos da Atenção Primária da saúde bucal do município de Matozinhos do ano de 2010 com os mesmos dados do estado de Minas Gerais e mais 3 municípios de diferentes regiões do país (Norte, Nordeste e Centro Sul). Através do levantamento dos dados identificou as vantagens da inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família comparando ao município de Matozinhos que ainda não possui as suas equipes de saúde bucal implantadas. Para a seleção dos municípios foi escolhido o critério de 100% de cobertura da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e uma população aproximada a de Matozinhos com 10% para mais e para menos. Não participaram deste estudo municípios da região sul e sudeste, pois nestas regiões não existiam municípios que contemplassem os critérios para comparação.

Para auxiliar na discussão dos dados coletados, foi desenvolvida uma pesquisa documental no Sistema de Informação em saúde através do SIA/SUS disponível no DATASUS. O SIA/SUS contém os procedimentos realizados pelas unidades de saúde, inseridas ou não na ESF. A produção é lançada mensalmente, incluindo as atividades em saúde bucal no âmbito da atenção básica. O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) preenchido pelas unidades ambulatoriais no nível municipal, contém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e estes são processados na base de dados do DATASUS.

Busca-se, assim, o estudo Situacional Inicial e o Modelo Assistencial de saúde bucal adotado em Matozinhos, através da análise dos procedimentos odontológicos realizados no município. Em seguida tais dados serão comparados aos números obtidos em municípios com Equipes de Saúde Bucal (ESB) já inseridas à Estratégia Saúde da Família e, finalmente, através destes mesmos dados, buscar a sensibilização dos gestores, autoridades afins e população em relação à questão da ESF.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

A discussão a respeito da saúde em vários países do mundo se iniciou na década de 60 em um debate a respeito da determinação econômica e social da saúde com o objetivo de superar a visão da saúde da população centrada no controle da enfermidade (BRASIL, 2002).

A Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 ampliou a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, superando a tradicional abordagem da atenção médica. Apesar de não usar a terminologia de determinantes da saúde a declaração de Alma Ata valorizou a qualidade de vida e o direito ao bem estar social.

A partir dos progressos alcançados com a declaração de Alma Ata para cuidados primários à saúde, outros movimentos foram organizados, entre eles a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no ano de 1986. Foi então estabelecida a Carta de Ottawa que defendia a Promoção de Saúde como o fator fundamental na melhoria na qualidade de vida da população. Seguem abaixo algumas ações desta carta em relação à Promoção da Saúde: (BRASIL, 2002)

- *Criação de ambientes favoráveis*
- *Participação comunitária*
- *A saúde como prioridade em todos os setores*
- *A importância da saúde para a qualidade de vida*

5.2 INDICADORES DE SAÚDE BUCAL

Os indicadores de saúde bucal constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde tendo como uma das prioridades o fortalecimento da Atenção Primária. Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, a Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010 reincluiu a Saúde Bucal

no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde estabelecendo as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011 (BRASIL, 2010).

Tendo como prioridade o fortalecimento da Atenção Primária, seguem abaixo os indicadores da inclusão da saúde bucal monitorados no Pacto pela Saúde:

1) A Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família: descreve o percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família em determinado local e período. Este indicador tem como objetivo ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011). O cálculo a ser utilizado para esta cobertura populacional, consiste:

$$\frac{\text{Número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas} \times 3.450 \text{ pessoas}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

População no mesmo local e período

A cobertura estimada de 40% da população pelas equipes de saúde bucal para a ESF é a meta do Brasil para o ano de 2011. Nos municípios com ausência ou baixa cobertura da saúde bucal seria importante utilizar uma estratégia para alcançar esta meta: convencer os gestores municipais sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na ESF (BRASIL, 2011).

2) Outro indicador da saúde bucal é a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada que mede o percentual de pessoas que participam da ação coletiva de escovação dental supervisionada e que tem como objetivo aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal. A meta Brasil para o ano de 2011 é de 3% que pode ser alcançada através da doação de kits de escova, creme dental e materiais educativos de escovação para as Secretarias Municipais de Saúde. O cálculo deste indicador é realizado:

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

População no mesmo local e período

A escovação dental supervisionada é um indicador de importante significado nas ações coletivas da saúde bucal pois permite avaliar o perfil da atenção em saúde na odontologia (BRASIL, 2011).

Existem também outros dois indicadores acompanhados pela Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que constituem:

1) A Cobertura de primeira consulta odontológica programática a qual indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual, porém não estão incluídas neste indicador as consultas de urgência e emergência. O cálculo é determinado pelo:

$$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas, realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

2) Um segundo indicador consiste na razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica. Este indicador mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal.

Silva *et al* (2011) analisaram os municípios do estado de Pernambuco o avanço das equipes de saúde bucal inseridas na ESF no ano de 2002 a 2005. Observaram que neste período o percentual de crescimento dos procedimentos odontológicos básicos foi de 19,19%, e o percentual de evolução das ESB foi de 204,22%. Em relação aos procedimentos curativos de ampla demanda espontânea, foram evidenciados uma maior quantidade antes da inclusão da ESB na ESF, porém, após a inclusão da ESB passou-se a se ofertar um maior número de procedimentos preventivos.

Pesquisadores como Fernandes e Peres (2005) reforçaram esta afirmativa realizando um estudo em 293 municípios do estado de Santa Catarina e verificaram que quanto maior a razão de cirurgiões dentistas cadastrados no SUS, menor foi a proporção de exodontias executadas. Sendo que a diminuição da proporção de exodontias foi associada ao aumento da cobertura de primeira consulta e a razão de procedimentos coletivos em menores de 14 anos.

Pesquisadores como Ficher *et al.* (2010) reforçaram esta afirmativa quando analisaram os indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica do SUS (cobertura, razão de exodontias em relação aos procedimentos individuais e cobertura de procedimentos coletivos na população de até 14 anos de idade) em municípios do sul do Brasil e sua associação sócio econômica e cobertura da saúde bucal na estratégia de saúde da família. Uma maior cobertura da Estratégia de saúde da Família foi associada a maiores proporções de procedimentos coletivos em menores de 14 anos executados nos municípios estudados, e a uma maior cobertura de primeira consulta odontológica. Houve também uma redução de exodontias ao longo do período estudado destacando a importância do referido programa para melhorar os indicadores de saúde bucal.

5.3 MATOZINHOS

Matozinhos é um município do estado de Minas Gerais, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, localizada a 43 Km da capital mineira. A cidade possui cerca de 32.973 habitantes segundo dados do IBGE em 2010 com uma área de 252,908 km², sendo o clima dominante o Tropical. Foi fundada no dia 31 de dezembro de 1943 e no ano de 1948 foi criado o distrito de Mocambeiro. Matozinhos possui 289 cavernas, grutas, abrigos e outras cavidades catalogadas, o que significa uma das maiores concentrações espeleológicas do Brasil (MATOZINHOS, 2011).

Figura 1: Localização do município de Matozinhos no mapa do estado de Minas Gerai



Fonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2010.

Na saúde, o município consta com 10 equipes de saúde da Família, sendo que uma delas está localizada em Mocambeiro, distrito de Matozinhos. Possui um hospital, um Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS), um centro de especialidades médicas e um centro de controle de zoonoses.

Em relação à saúde bucal, o município de Matozinhos possui um consultório odontológico na área rural (Mocambeiro) que até pouco tempo caracterizava-se pela presença de, a cada três meses, dois estagiários de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mediante convênio com a prefeitura local no atendimento à população. No último ano, este atendimento foi substituído por um cirurgião dentista formado que atende diariamente no mesmo local da ESF de Mocambeiro. Atualmente, o quadro da Secretaria Municipal de Saúde conta com doze cirurgiões-dentistas (CD), onze auxiliares de saúde bucal (ASB) e três Técnicos de saúde bucal (TSB) que trabalham em uma única Clínica de odontologia com atendimento diário, da população localizada na região central do município de Matozinhos. Em relação ao processo de trabalho dos profissionais da saúde bucal, não existe um trabalho multidisciplinar com ações intersetoriais, pois os cirurgiões dentistas trabalham de forma isolada sem vínculo com a comunidade. A carga horária dos dentistas é composta por 20 horas semanais com atendimento de clínica geral e alguns procedimentos especializados. Apesar da escovação supervisionada ter sido iniciada no escovário da clínica de saúde bucal do município no ano de 2011 sendo supervisionado por uma TSB, a maior parte do atendimento realizado pelos cirurgiões dentistas é voltado para o tratamento odontológico sem prioridade para atividades preventivas e de promoção de saúde contrariando os princípios do SUS definidos na Constituição Federal (BRASIL, 2007).

Ainda não existem no município de Matozinhos equipes de saúde bucal inserida na ESF. Neste município, embora já tenha sido autorizada e já publicada a inserção de dez equipes de saúde bucal nas dez unidades de Saúde existentes, ainda nenhuma ação foi feita no sentido de se concretizar esta mudança.

5.4 A ESB na ESF e financiamento

Com a Portaria GM/MS n 1.444, de 28 dezembro de 2000, a saúde bucal foi oficialmente incluída na estratégia de Saúde da Família. Por meio desta portaria criaram-se os incentivos para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de odontologia com o objetivo da reorganização do modelo de atenção ampliando a oferta de serviços e o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (BRASIL,2000).

Atualmente, o financiamento federal para ações e serviços de saúde estão organizados em seis blocos de financiamento, e são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco. Os blocos que têm interesse para a saúde bucal são os da “Atenção Básica” e o da “Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”.

No caso da Atenção Básica, o bloco é dividido em dois componentes: o Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e o Piso da Atenção Básica (PAB) Variável. No bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), estão incluídos as ações e serviços de saúde bucal pertencentes à atenção secundária e terciária, desenvolvidos em unidades ambulatoriais ou hospitalares.

No que se refere ao aspecto quantitativo os incentivos Federais e Municipais, a título de incentivos de custeio e investimento, busca possibilitar o aumento do número de ESB e, conseqüentemente, a cobertura populacional. Seguem abaixo os incentivos financeiros federais e municipais principalmente para os municípios que possuem a ESB inserida na ESF:

5.4.1 INCENTIVO FEDERAL MENSAL:

Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo

O PAB Fixo é destinado a todos os municípios e independe da existência de programas específicos de atenção à saúde. É transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos do Distrito Federal e dos municípios. Atualmente esse valor é, no mínimo, R\$ 23,00 por habitante por ano, sendo obtido pela

multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (BRASIL, 2011).

Piso da Atenção Básica (PAB) Variável

Os recursos financeiros do PAB Variável são destinados a estimular a implantação das estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde. No caso da saúde bucal, tais recursos somente são destinado àqueles municípios que já implementaram as Equipes de Saúde Bucal às Equipes da Estratégia de Saúde da Família ou de Agentes Comunitários de Saúde. Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), as equipes que estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Primária.

Conforme a Portaria GM/MS n 1599, de 09 de julho de 2011 os valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica são destinados às duas Modalidades de Equipe de saúde bucal da seguinte maneira: (BRASIL, 2011)

I - Modalidade 1 – equipe composta por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dental – R\$ 2.100,00 (dois mil e cem reais) a cada mês, por equipe.;

II - Modalidade 2 – equipe composta por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dental e um técnico de higiene dental – R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) a cada mês, por equipe.

5.4.2 INCENTIVO ESTADUAL MENSAL:

Conhecida como Lei Robin Hood, este incentivo estadual mensal faz parte de uma parcela de arrecadação do ICMS que é revertido para a saúde. É baseado na distribuição da arrecadação do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), destinado aos municípios que desenvolverem e mantiverem em funcionamento programas específicos voltados para o atendimento à saúde das famílias.

A Resolução SES N. ° 661, de 22 de Março de 2005, dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. Este incentivo, também estadual, pode ser utilizado pela saúde bucal.

5.4.3 DOAÇÃO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Através do Termo de Doação aos municípios, o Ministério da Saúde, criou o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Os equipamentos a serem fornecidos compreendem um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação) (BRASIL, 2009).

6 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Observa-se através dos dados coletados no presente estudo que não existe nenhuma equipe de saúde bucal de Matozinhos inserida na ESF, ou seja, o indicador referente a *Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família* deste município é equivalente a 0%, apesar de já terem sido credenciadas dez equipes de saúde bucal desde o ano de 2008, nenhuma equipe foi implantada até o momento. Entretanto, no estado de Minas Gerais observa-se que em dezembro de 2010 existiam 2.329 equipes de saúde bucal inseridas na ESF. É importante ressaltar que os municípios que possuem a odontologia inserida na ESF são favorecidos por políticas de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção. Tais municípios recebem incentivos financeiros por equipe implantada, através do Piso da Atenção Básica (PAB) variável, transferido do fundo nacional de saúde para o fundo municipal ou estadual de Saúde, em parcelas mensais.

No presente estudo, quando se compara as ações coletivas (Aplicação tópica de flúor gel, bochecho fluorado, escovação dental supervisionada e exame bucal com finalidade epidemiológica), a situação é alarmante. Apenas a “Ação Coletiva de Exame bucal com finalidade Epidemiológica”, faz parte da produção odontológica de ação coletiva de Matozinhos, não fazendo parte da produção a aplicação tópica de flúor gel, bochecho fluorado e escovação dental supervisionada. Sendo esta última, um indicador da inclusão da saúde bucal no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde com um importante significado nas ações coletivas da saúde bucal, pois permite avaliar o perfil da atenção em saúde na odontologia (BRASIL, 2010). É importante ressaltar que a escovação dental supervisionada é realizada com dentifrícios fluoretados e que o declínio mundial do índice de CPOD tem sido atribuído ao uso abrangente de uma ou mais formas de utilização do flúor.

Outro dado que deve ser observado se refere à porcentagem dos tratamentos odontológicos de Matozinhos equivalentes a quase o dobro (14%), dos tratamentos dos municípios que possuem as ESB inseridas na ESF do estado de Minas Gerais (9%), do município da região Centro Sul (7%), da região norte (1%) e da nordeste (8%). Esse dado confirma a preocupação maior de Matozinhos com tratamentos odontológicos, priorizando uma odontologia pautada na abordagem curativo-reparadora. Silva *et al.* (2011) evidenciaram

uma maior quantidade de procedimentos curativos de ampla demanda espontânea, antes da inclusão da ESB na ESF, porém, após a inclusão da ESB passou-se a se ofertar um maior número de procedimentos preventivos. Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Quanto ao indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática no ano de 2010 em Matozinhos, esta correspondeu a quase 10 % da população, sendo baixa quando comparada ao Estado de Minas Gerais com quase 20% do acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual. O município da região Centro Sul correspondeu ao dobro de Matozinhos com 22,8% do acesso, o da região Norte 11,31% e o município da região Nordeste com 39,9% da cobertura de primeira consulta. Verifica-se, portanto que o município de Matozinhos, que não possui a ESB inserida na ESF, apresentou o menor acesso da população aos serviços odontológicos quando comparado aos três municípios e ao estado de Minas Gerais. Ficher *et al.* (2010) mostraram que a maior cobertura de primeira consulta odontológica também esteve associada com maior cobertura da ESF.

A falta de acesso da população aos serviços de saúde bucal em Matozinhos pode ser explicada pela barreira geográfica, isto é, pela localização centralizada da clínica de Saúde bucal deste município, com profissionais trabalhando de forma isolada e sem vínculo algum com a população.

Os municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro Sul possuem 100% da cobertura da saúde bucal inserida na ESF que é a estratégia prioritária do Ministério da saúde para organizar a Atenção Primária e que tem como um de seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade com mudança do modelo assistencial voltado para a prevenção reafirmando um dos princípios básicos. Esta afirmativa é confirmada pelo estudo de Pereira *et al.* (2009) que mostrou que a saúde bucal na ESF gerou uma maior utilização dos serviços quando comparadas a áreas sem nenhuma cobertura da Estratégia de Saúde da Família, assim como o município de Matozinhos. Entretanto, Rocha e Góes (2008) não evidenciaram associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. Estes mesmos autores concluíram que os

fatores demográficos como sexo, renda, idade e escolaridade foram os principais responsáveis pelo acesso aos serviços de saúde.

É importante reforçar que não adianta aumento do acesso aos serviços de saúde se não houver uma mudança do modelo assistencial. Souza e Roncalli (2007) demonstraram claramente um aumento da oferta de serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF, sem, no entanto, se traduzir em reversão do modelo de atenção à saúde bucal, caracterizado por ser pouco resolutivo, mutilador e, portanto, centrado na doença, não se traduzindo numa mudança no processo de trabalho. Ou seja, inserir a saúde bucal na ESF não garante a mudança do modelo de Atenção.

Silva *et al* (2011) relataram que existem algumas barreiras a serem rompidas para transpor no modelo de atenção tradicional, mesmo naqueles municípios que já inseriram a equipe de saúde bucal na ESF, em decorrência da formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica, pois a equipe de saúde bucal ainda está envolvida em atividades clínicas.

Os dados registrados no SIA em relação à produção referente à visita domiciliar de Matozinhos não são exclusivamente da saúde bucal, mas de toda a Atenção Primária. Portanto, a produção no município de Matozinhos não é da Saúde Bucal uma vez que esta atividade não é executada pelos profissionais da odontologia.

Em relação às “Ações coletivas / individuais”, o município do Norte possui a maior quantidade de procedimentos equivalente a 96% quando comparadas ao município de Matozinhos (64%), do Centro Sul (77%) e do município do nordeste com 69%. É importante observar que o município da região Norte também é o que apresenta o menor indicador de “Exodontias de dentes permanentes em relação aos procedimentos básicos individuais” (2,10%) enquanto Matozinhos e o município da região nordeste os maiores (7,08%) e 7,94%, respectivamente.

A Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Básica que consiste nas atividades em grupo, com no mínimo 12 participantes, sobre ações de promoção e prevenção a saúde desenvolvidas na unidade ou na comunidade não são frequentes em Matozinhos correspondendo à menor quantidade quando comparadas aos outros três municípios. Esta atividade educativa em grupo é característica de municípios que possuem a ESB na ESF pois

são voltados para reuniões em grupo, intersetorialidade, reafirmando um dos princípios do SUS.

Outro indicador da atenção básica que é acompanhado pela SES é a proporção de exodontias de dentes permanentes em relação aos procedimentos básicos individuais que mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal. No município de Matozinhos essa proporção se mostrou com 7,08% enquanto nos municípios do Centro Sul, Norte e Nordeste apresentaram com 5,70%, 2,10% e 7,94%, respectivamente.

Observa-se que dos quatro municípios, o da região Norte apresentou uma menor proporção de exodontias de dentes permanentes (2,10%), e também foi o que apresentou maior porcentagem de Ações coletivas/individuais em saúde (96%). Matozinhos e o município da região nordeste que apresentaram aproximadamente o mesmo valor de indicador da proporção de exodontia (7,08% e 7,94%) também apresentaram a porcentagem de ação coletiva menores que os outros dois municípios. Pesquisadores como Fernandes e Peres (2005) e Ficher *et al.* (2010) reforçaram esta afirmativa quando observaram que conforme aumentou a razão de procedimentos coletivos, diminuiu a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos individuais. Ou seja, a oferta de exodontias está em oposição à oferta de procedimentos preventivos.

Em Matozinhos não é realizada visita domiciliar por profissional de nível médio e nem mesmo por profissional de nível superior na saúde bucal, portanto a produção referente às ações coletivas individuais do município equivale a 2.556 e não a 104.707. A soma dos procedimentos curativos (exodontias e tratamentos odontológicos) são superiores às ações coletivas individuais mostrando que no município de Matozinhos prioriza-se numericamente intervenções curativas e mutiladoras da saúde no âmbito da saúde bucal enquadrando-se no Modelo Assistencial Curativista.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em toda a história da atenção odontológica em nosso país se destacaram modelos excludentes, centralizados, movidos por uma prática curativista, tecnicista e mutiladora. Em 1994 o governo federal implantou o Programa de Saúde da Família, hoje definido como Estratégia de saúde da Família, que reorienta o modelo assistencial, com o principal objetivo de melhorar a qualidade de vida individual e coletiva por meios de ação de promoção, prevenção e recuperação. Com base na revisão de literatura e comparação dos dados de Matozinhos, que ainda não inseriu a odontologia na ESF, com municípios já inseridos, destacam-se as seguintes conclusões:

- O governo tem incentivado através de leis e incentivos financeiros a odontologia na ESF ampliando o numero de equipes de saúde bucal e melhorando os seus indicadores;
- Existe um menor acesso da população aos serviços odontológicos no município de Matozinhos quando comparado aos outros municípios citados no presente estudo;
- A oferta de exodontias está em oposição a oferta de procedimentos preventivos nos municípios avaliados;
- Em Matozinhos a soma dos procedimentos curativos (exodontias e tratamentos odontológicos) são superiores às ações coletivas; trabalhando ainda trabalha no modelo assistencial curativista sem prioridade das atividades preventivas e de promoção de saúde;
- A inclusão da saúde bucal na ESF não garante a mudança do modelo assistencial. Ou seja, ainda que a odontologia de Matozinhos fosse inserida na ESF, isso não garantiria um rompimento com o modelo assistencialista curativista e mutilador. Seria também necessária juntamente à inclusão uma real mudança no processo de trabalho com profissionais capacitados e com perfil para trabalharem em equipes multiprofissionais e gestores com uma visão ampla do conceito de saúde.

Em Matozinhos já foram autorizadas a implantação das 10 equipes de saúde bucal na ESF desde 2008, porém a população de Matozinhos até o presente momento, não se beneficiou de uma possível mudança do modelo de atenção integral à saúde que inclui ações de promoção e prevenção concomitantes às ações curativas e de recuperação.

Pretende-se com este estudo sensibilizar gestores e profissionais da saúde para uma inserção da saúde bucal na ESF e juntos lutarmos por aqueles que estão esperando que a mudança ocorra.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2131-40, set. 2008.
2. ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p. 360 - 5, fev. 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 1.599, de 09 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União, Brasília** (DF), 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 1.444 de 28 dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica – portaria de incentivos financeiros. **Diário Oficial da União, Brasília** (DF), 2000.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da saúde: **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília. 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bus/publicações/cartas>. Acesso em: 21 Out. 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.372 de 07 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União, Brasília** (DF), 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.602 de nove de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). **Diário Oficial da União, Brasília** (DF), 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.599 de nove de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável. **Diário Oficial da União, Brasília** (DF), 2011.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444 de 28 dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica – portaria de incentivos financeiros. **Diário Oficial da União, Brasília (DF)**, 2000.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.602 de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). **Diário Oficial da União, Brasília (DF)**, 2011.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 3.840 de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Nº 236 – 10/12/10 – Seção 1 - p.72. **Diário Oficial da União, Brasília (DF)**, 2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Versão atualizada em 08/02/2011. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela saúde. **Diário Oficial da União, Brasília (DF)**, 2011.
13. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de cinco de outubro de 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional nº53 de 19 de dezembro de 2006. 40ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
14. FERNANDES, L.S.; PERES, M.A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.6, p. 930-936, dez. 2005.
15. FICHER, T.K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v.13, n.1, p.126-38, mar. 2010.
16. FIOCRUZ. Gestão em Saúde. Curso de Aperfeiçoamento para dirigentes municipais. Programa de Educação a distância 1; Formulação de políticas de saúde. Rio de Janeiro, 1988.

17. FRAZÃO, P.; NAVAÍ, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 64-71, jan-abr. 2009.
18. MATOZINHOS. **Acidade**. 2010. Disponível em: <http://www.matozinhos.mg.gov.br/>. Acesso: 5 de Nov. 2011.
19. MINAS GERAIS. Resolução SES N. ° 661, de 22 de Março de 2005. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. **Secretaria de Estado de Saúde**, 2005.
20. PEREIRA, C.R.S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, maio. 2009.
21. ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v24, n.12, dez. 2008.
22. SILVA *et al.* Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 211-20, jan. 2011.
23. SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.27, p. 27-39, 2007.
24. WERNECK, M. A. F. Processo Saúde – Doença. A produção e distribuição das doenças: Modelos explicativos. **Apostila: Modelos Assistenciais**, Belo Horizonte, p. 11-15, fev. 2008.

