

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – MG

PRISCILA FARIA REZENDE

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL NA
REGIÃO DE SAÚDE DE ARAÇUAÍ**

ARAÇUAÍ - MG

2013

PRISCILA FARIA REZENDE

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL NA
REGIÃO DE SAÚDE DE ARAÇUAÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título
de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Simone Dutra Lucas

ARAÇUAÍ - MG
2013

PRISCILA FARIA REZENDE

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL NA
REGIÃO DE SAÚDE DE ARAÇUAÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título
de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Simone Dutra Lucas

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Simone Dutra Lucas

Bruno Leonardo de castro Sena

Aprovado em Belo Horizonte, ____ de _____ 2013.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por guiar-me sempre;

Meus pais e meu irmão pela confiança, amor e incentivo;

Ao meu noivo, pelo amor e compreensão;

À minha orientadora Dr^a. Simone Dutra pelos ensinamentos que me foram transmitidos, pela orientação deste trabalho e por ter acreditado em mim;

À SMS de Francisco Badaró pela oportunidade;

E finalmente, agradeço a todos que me ajudaram direto ou indiretamente para o desenvolvimento deste projeto. O meu MUITO

OBRIGADA a todos vocês.

“O conhecimento deve provocar a emergência de novas vivências e o que chamamos conhecimento é uma organização dinâmica do organismo/ambiente em um contexto de inter-ação”.

Hugo Assmann (2003)

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) deve seguir seus princípios iniciais para conseguir reorganizar a saúde pública e atingir sua meta principal de promover condições ideais de vida e saúde para a população brasileira, de forma integral e universal. Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a possibilidade de romper com os modelos tradicionais em saúde bucal. Propor um modelo de organização da atenção à saúde bucal, na Região de Saúde de Araçuaí é o principal objetivo deste trabalho. O presente projeto será desenvolvido junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Araçuaí. Para a realização do presente projeto foi realizada revisão de literatura em trabalhos publicados no período de 1998 a 2013, em bases de dados (Lilacs, SciELO, etc.), consultas a bases de dados oficiais, consulta no Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB), aplicação de questionário e oficinas. Para a elaboração do plano de intervenção serão aplicados questionários e realizadas oficinas. Foram analisados os indicadores; Cobertura de Equipes de Saúde Bucal; Média de Escovação Dental Supervisionada; Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática; e, Proporção de Exodontias em relação aos procedimentos coletivos totais. Diante dos achados deste projeto pretende-se atingir resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde bucal da microrregião, impactando positivamente na qualidade e resolubilidade da atenção nos municípios da Microrregião de Araçuaí e na qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Redes de Atenção; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) must follow first principles to achieve reorganize public health and achieve their main goal of promoting optimal health and living conditions for the Brazilian population, whole and universal. Understanding oral health as an integral part of this process, their inclusion in the Family Health Strategy (FHS) is the possibility of breaking away from the traditional models of oral health. Propose an organizational model of oral health care, the Health Region Araçuaí is the main objective of this work. This project will be developed together with the Municipal Health of the municipalities of Health Araçuaí. For the realization of this project a literature review was conducted of published works from 1998 to 2013 databases (Lilacs, SciELO, etc.), Consultations with official databases, query in the Outpatient Information System (SIAB), a questionnaire and workshops. For the preparation of the contingency plan will be implemented and questionnaires conducted workshops. Coverage of Oral Health Teams; Average Supervised Brushing Dental, Dental Coverage First Consultation Program, and proportion of tooth extractions in relation to total collective procedures indicators were analyzed. Given the findings of this project aims to achieve concrete results in improving the oral health indicators of micro, impacting positively on the quality and resolution of attention in the municipalities of microrregion Araçuaí and quality of life.

Keywords: Care Networks; Oral Health; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - atendente de consultório dentário
CD - cirurgião dentista
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CPOD - Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DAB - Departamento de Atenção Básica
DNSB - Divisão Nacional de Saúde Bucal
ESF - Equipe Saúde da Família
IAP's - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAPS - Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
THD - Técnico em higiene dental

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. METAS.....	13
4.1 METAS DO PROJETO.....	13
4.2 METAS ASSOCIADAS AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4.3 PÚBLICO ALVO.....	13
5. METODOLOGIA.....	14
6. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
6.1 BREVE HISTÓRICO.....	16
6.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
6.2.1 TRAJETÓRIA DO PSF.....	18
6.3 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL.....	20
6.4 ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
6.5 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	25
6.6 A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO ESF.....	26
6.7 ARAÇUAÍ.....	28
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	32
7.1 INDICADORES ASSOCIADOS AO OBJETIVO GERAL.....	32
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Tanto no Brasil como nos países mais desenvolvidos, os progressos tecnológicos e os avanços dos estudos no campo da saúde levam a um aumento na expectativa de vida do homem e conseqüentemente a preocupação com a sua saúde, sendo que a saúde bucal é imprescindível para se ter uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Promover saúde é uma estratégia que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com sua história, seus padrões de desenvolvimento, suas relações com o mundo, com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida. Portanto, promover saúde é atuar sobre estes determinantes que condicionam a realização da saúde (MORETTI *et al.* 2010).

Para acompanhar a atuação dos serviços de saúde bucal e orientar seu processo de trabalho, as secretarias municipais de saúde devem potencializar a utilização de instrumentos de gestão como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema de informação foi implantado em 1991, sendo de grande importância na avaliação das equipes de saúde bucal, por permitir o acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a organização da saúde bucal nos municípios (BARROS; CHAVES, 2003).

O Programa Saúde da Família (PSF) deve seguir seus princípios iniciais para conseguir reorganizar a saúde pública e atingir sua meta principal de promover condições ideais de vida e saúde para a população brasileira, de forma integral e universal. É indispensável tornar disponíveis serviços de referência para o atendimento da população, contratar profissionais concursados para assegurar sua qualificação e manter o número pré-estabelecido de equipes de acordo com o número de famílias, evitando o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua inserção na Equipe Saúde da Família (ESF) representa a possibilidade de

romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseada no curativismo, tecnicismo e biologicismo.

Os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da odontologia em saúde coletiva, pois um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar.

2 JUSTIFICATIVA

Percebe-se através da análise de indicadores que a região de Saúde de Araçuaí não conta com um serviço de apoio em Rede, pois não possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência secundária. O município de Araçuaí, sendo sede da Microrregião ainda oferece um serviço odontológico deficitário à sua população, distante das novas diretrizes de reorganização da atenção em Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde e pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), assim propõe-se a realização deste trabalho.

Neste sentido, cabe-nos pensar em como reorganizar a saúde bucal, na Região de Saúde de Araçuaí, tendo como referência o modelo de atenção às condições crônicas que possui uma estrutura que privilegia a assistência contínua, o autocuidado, de uma forma integral, atuando de forma organizada, articulada e integrada em todos os níveis de atenção em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um modelo de organização da atenção à saúde bucal, na Região de Saúde de Araçuaí, que possibilite o atendimento às necessidades de saúde tendo como referência o modelo de Rede de Atenção implantado na Secretaria do Estado de Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a situação atual dos indicadores de saúde bucal do Pacto pela Vida, nos anos de 2010 a 2012;
- b) Analisar o modelo de organização atual da atenção à saúde bucal na microrregião de Araçuaí;
- c) Elaborar proposta de organização da atenção à saúde bucal, na microrregião de Araçuaí.

4 METAS

4.1 Metas do projeto

Melhorar os indicadores de saúde bucal da Região de Saúde de Araçuaí pactuados no Pacto pela Saúde, após um ano de implantação do modelo proposto.

4.2 Metas associadas aos objetivos específicos

a) Objetivo: Analisar a situação atual dos indicadores de saúde bucal do Pacto pela Vida, nos anos de 2010 a 2012.

Meta: Elaborar o relatório “Análise da Situação de Saúde Bucal dos municípios da microrregião de Araçuaí, tendo como referência os anos de 2010 a 2012”.

b) Objetivo: Analisar o modelo de organização atual da atenção à saúde bucal na Região de Saúde de Araçuaí.

Meta: Elaborar o documento “Análise do Modelo de Organização da Atenção à Saúde Bucal da Região de Saúde de Araçuaí”.

c) Objetivo: Elaborar proposta de organização da atenção à saúde bucal, na Região de Saúde de Araçuaí.

Meta: Elaborar o documento “Proposta de Organização da Atenção à Saúde Bucal para Região de Saúde de Araçuaí”.

4.3 Público alvo

O público-alvo deste projeto é toda população da microrregião de Saúde de Araçuaí/Vale do Jequitinhonha/MG da qual fazem parte seis municípios.

5 METODOLOGIA

O presente projeto será desenvolvido junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Araçuaí. Para a realização do presente projeto foram realizadas pesquisas bibliográficas (Lilacs, SciELO, etc.), consulta a bases de dados oficiais, consulta no Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB), aplicação de questionário e oficinas.

A metodologia será detalhada melhor a seguir, inserida nos objetivos do Projeto.

Objetivo A: Analisar a situação atual dos indicadores de saúde bucal do Pacto pela Vida, nos anos de 2010 a 2012.

Para o desenvolvimento desta ação será realizada pesquisa no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB para consulta dos resultados dos indicadores de saúde bucal (Cobertura de Equipes de Saúde Bucal, Média de Escovação Dental Supervisionada, Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, Programática, Proporção de exodontias) e pesquisa bibliográfica/documental sobre a análise anteriores destes indicadores e compreensão da sua importância para o diagnóstico da atenção a saúde bucal.

Objetivo B: Inicialmente será estruturado um questionário a ser aplicado às coordenações de saúde bucal das secretarias municipais de saúde da microrregião de Araçuaí; aos técnicos em saúde bucal e cirurgiões dentistas que atuam nas equipes de saúde bucal, vinculadas ou não às equipes de PSF da microrregião; e aos gestores das unidades básicas de saúde. O questionário será formatado buscando compreender a estrutura atual e a proximidade desta estrutura com os critérios preconizados pelo modelo proposto por Starfield e o modelo de Redes de Atenção do Estado de Minas Gerais. Antes da aplicação do questionário, o trabalho será apresentado na CIR (Comissão Intergestores Regional) para sensibilizar e buscar o apoio e colaboração dos gestores municipais de saúde e enviado carta aos gestores das Unidades Básicas de Saúde da microrregião. Inicialmente, algumas informações já virão preenchidas e outras serão buscadas junto às secretarias municipais de saúde, em especial aquelas que dizem respeito à estrutura atual dos serviços.

Será realizada uma reunião em cada Unidade Básica de Saúde, com os técnicos em saúde bucal e cirurgiões dentistas para apresentar os objetivos da pesquisa e explicar o questionário e a forma que o mesmo deverá ser preenchido (caso haja dúvida). Em seguida, no mesmo dia, será realizada uma conversa com estes trabalhadores buscando extrair das mesmas outras informações que eles considerem importantes mencionarem mesmo que não estejam presentes nos questionários ou aquelas que eles não souberam como expressar no documento. Com base nas informações obtidas, a equipe responsável pelo Projeto, consolidará e analisará as informações obtidas com vistas a identificar como a atual estrutura atual se aproxima do modelo proposto por Starfield e o modelo de Redes de Atenção proposto para o Estado de Minas Gerais.

Com base nas informações obtidas nas etapas anteriores (OBJETIVOS A e B), a equipe responsável pelo Projeto analisará as informações obtidas e estruturará uma proposta preliminar de organização da Atenção de Saúde Bucal para a Região de Saúde de Araçuaí.

Será realizada uma oficina (**OBJETIVO C**) com a participação dos gestores municipais de saúde; de um representante da coordenação de saúde bucal das secretarias municipais de saúde da microrregião de Araçuaí, dos técnicos em saúde bucal e cirurgiões dentistas das equipes de saúde bucal da região; dos gestores das unidades básicas de saúde da microrregião e dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – um do nível central e um do nível regional, em cada município da microrregião. Nesta oficina serão apresentados os resultados da pesquisa realizada e o modelo proposto para discussão e sugestão de adequações pelos participantes. Os resultados obtidos nesta oficina serão incluídos no documento “Proposta de Organização da Atenção à Saúde Bucal para a Região de Saúde de Araçuaí” que posteriormente será apresentado na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) para conhecimento, proposições e pactuação de sua implementação.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Breve Histórico

Para Roncalli (2000) o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era, preponderantemente, de prática privada, cobrindo a maior parte da população e o seguro social, através das CAP depois, Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. Anos mais tarde, alguns Institutos de Previdência passaram a ter serviços próprios. A característica desse modelo era a livre demanda.

Entre as principais mudanças ocorridas no sistema de saúde a primeira estava relacionada a interesses coletivos, como as campanhas sanitárias, enquanto a segunda prestava assistência aos trabalhadores regularizados e seus dependentes, ou seja, apenas os portadores de carteira de trabalho estavam cobertos pelo serviço. Foi então que surgiu o movimento da reforma sanitária que tinha como objetivo a democratização da saúde e da sociedade, por meio da unificação de um sistema de saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Com a Reforma Sanitária em nosso país na década de 80, que culminou com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), necessitou-se construir uma nova perspectiva, mais politizada, sobre a questão do usuário e a prática a ele oferecida. Assim, a politização da Odontologia Integral e da atenção em saúde bucal segundo os princípios do SUS transformaram-se nas tarefas históricas da Saúde Bucal Coletiva entendida como a Odontologia Integral exposta às exigências e aos desafios do sistema (AERTS *et al.*, 2004).

Para Duncan (2004), o Programa Saúde da Família conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família", teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um importante passo para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reordenação do modelo assistencial. Esta estratégia prioriza as ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Tais pressupostos são capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo, diferentemente dos modelos curativistas que se caracterizam pela intervenção individual e meramente clínica para uma clientela reduzida.

Segundo Matos (2004), houve momento histórico na inserção da saúde bucal no PSF onde se passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, pois o Cirurgião Dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS.

No ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal. Seus princípios, além daqueles já expressos constitucionalmente, incluem a gestão participativa de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores; acesso universal para a assistência; a ética em saúde; o acolhimento ao usuário; o vínculo profissional-usuário; a responsabilidade profissional. (BRASIL, 2004).

Anteriormente à criação do SUS, a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado (NICKEL *et al.* 2008).

Para Barbosa *et al.* (2013) o sistema de saúde brasileiro sofreu profundas mudanças no final do século XX, como por exemplo, a dissociação das então denominadas saúde pública e saúde previdenciária.

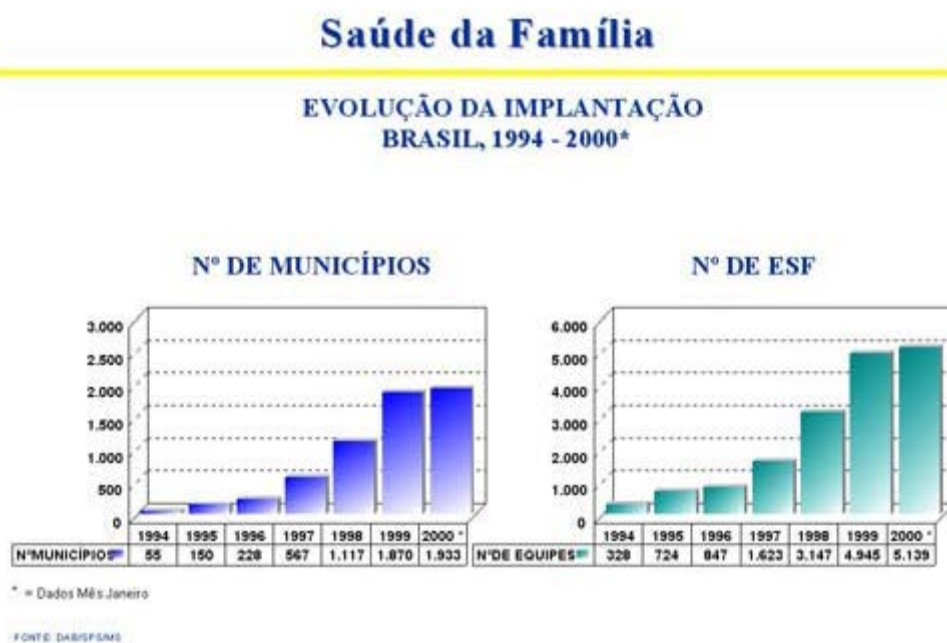
6.2 Programa Saúde da Família

Ao longo dos anos, os Programas de saúde têm passado por inúmeras modificações, sendo uma delas a criação da Equipe de Saúde Bucal (ESB), em 28 de dezembro de 2000. A Inclusão do profissional de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) dar-se-á por meio de duas modalidades: modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD). A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais e cada ESB deverá atender, em

média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes. As equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização (DUNCAN, 2004).

Para Emmi e Barroso (2008) nas diretrizes do programa, a equipe de saúde da família deve estar preparada para o conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável; a identificação dos problemas de saúde mais prevalentes e situações de risco as quais à população está exposta; a elaboração de um plano com a participação da comunidade para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; a prestação de assistência integral e o desenvolvimento de ações educativas.

GRÁFICO 1 – Evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil 1994 a 2000.



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB), BRASIL, 2000; CALADO, (2002).

6.2.1 Trajetória do PSF

Barbosa *et al.* (2013), descreve brevemente a trajetória do PSF em seu trabalho de pesquisa:

- a) Década de 80 - Início da experiência de Agentes Comunitários e Saúde pelo Ministério da Saúde;
- b) 1991 – Criação oficial do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) pelo Ministério da Saúde;
- c) 1994 – Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do Programa Saúde da Família; primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); a população coberta pelo PSF era em torno de 1 milhão de pessoas;
- d) 1996 – Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde;
- e) 1998 – O PSF passa a ser considerada estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”; edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, que se serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual;
- f) 1999 – Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família — construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da Portaria nº. 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional;
- g) 2000 – Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica; a população atendida alcança o percentual de 20% da população brasileira;
- h) 2001 – Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção

Básica/Saúde da Família”; apoio à entrega de medicamentos básicos às Equipe de Saúde da Família (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

Para o autor Calado (2002) a atuação da saúde bucal junto às equipes do PSF se caracterizava por meio da utilização do cadastro familiar comum, o que permite as visitas domiciliares compartilhadas. No âmbito do domicílio, a ênfase maior é dada às ações educativas e preventivas, além de uma atenção curativa, dentro das possibilidades da equipe, para as pessoas com dificuldade de locomoção, idosos e pessoas que, de alguma forma, não possam se deslocar até a unidade de saúde.

6.3 Atenção em saúde bucal e o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Entre esses profissionais, é de interesse deste ensaio o aprofundamento da discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista no SUS (AERTS *et al.* 2004).

O SUS propõe como seus principais princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a hierarquização, a descentralização e o controle social. Na formulação da Atenção Básica na consolidação do SUS, documentos oficiais do Ministério da Saúde referiam uma “mudança de modelo assistencial” amplamente divulgada, porém, pouco trabalhada no campo teórico-prático (BRASIL, 2001).

No ano de 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, e paralelamente a I Conferência Nacional de Saúde Bucal em cujo Relatório Final consta que:

"a Saúde Bucal, é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação" e que "a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e

econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção” (FISCHER, 2008, p.31).

Roncalli (2000) e Serra (1998) relatam que o Sistema Único de Saúde é garantido pela Constituição e regulado pela LOS (Lei Orgânica da Saúde) prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários.

O Artigo 7º da Lei 8.080/9011 dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- b) Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- c) Preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral;
- d) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- e) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre suas vidas;
- f) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- g) Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- h) Participação da comunidade;
- i) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (...)(FISCHER, 2008).

Atualmente dois indicadores estão presentes no Pacto pela Saúde 2011:

a) Indicador 41 – Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família; e, b) Indicador 42 – Média coletiva de Escovação Dental Supervisionada. O primeiro indicador permite avaliar se a Saúde Bucal constitui uma estratégia orientadora da reorganização da atenção, contribuindo para o planejamento da implantação de novas equipes. O segundo indicador permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal visando mais especificamente à cárie dentária e a doença periodontal e permite também estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico (BRASIL, 2011).

A organização do sistema na Atenção Básica segundo RONCALLI (2000) se dá em duas etapas, as quais são seguidas e planejadas a nível local:

a) **Primeira Fase:** conhecendo e intervindo nos problemas: É feito o reconhecimento da população da área de abrangência e são definidos os grupos prioritários. As estratégias para inclusão e manutenção do vínculo dos usuários ao serviço são estabelecidas de acordo com a realidade de cada área de abrangência e os recursos disponíveis. Nesta fase também é organizado o programa coletivo de saúde bucal através do cadastramento dos participantes e desenvolvimento da escovação orientada e fluoroterapia e também o inquérito epidemiológico.

b) **Segunda fase:** planejando e desenvolvendo as atividades cirúrgicas restauradoras: Uma vez definidas as formas de priorização, os participantes são encaminhados para tratamento cirúrgico-restaurador. A ordem de prioridades com base nesta avaliação é feita pela ordem: 3, 2, 1, 5, 4 e 0.

A atenção em saúde bucal tem sido caracterizada no Brasil como tangencial ao sistema público de saúde. A assistência odontológica, até as

últimas décadas do século XX, era baseada na prática liberal privada, assistência aos trabalhadores formais e serviços de atendimento odontológico escolar (NICKEL *et al.* 2008).

Segundo Teixeira (2000), modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial é a organização dos serviços a partir de um conjunto de saberes, e das diretrizes e princípios do SUS, de tal forma que proporcione a resolução do maior número possível de problemas da população.

Conforme Nickel *et al.* (2008) um modelo difundido na odontologia é a Atenção Precoce, que teve como pressuposto a observação de freqüentes problemas bucais em pacientes na primeira infância. Esse modelo resgatou a clientela com idade inferior a seis anos, abandonada desde a década de 50 em virtude da força do modelo incremental, e introduziu nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua.

Segundo Narvai (2006) a principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o denominado sistema incremental. O autor ressalta que, embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, “sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos”.

6.4 A inserção da saúde bucal na ESF

Ocorreram severas mudanças no que diz respeito aos programas de saúde, em decorrência de uma série de acontecimentos que culminaram com a definição oficial dos incentivos financeiros para a formação e implantação de equipes de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família (CALADO, 2002).

Desde a inserção da saúde bucal na ESF até o momento, são sumamente destacáveis os avanços da odontologia em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços em todo o país, embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção (BRASIL, 2004).

Segundo Nickel *et al.* (2008) com a inserção da saúde bucal o sistema de atendimento utilizado na ESF Pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção.

O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil (BARBOSA *et al.* 2013).

Conforme Nickel *et al.* (2008) relataram que embora a formação das equipes de saúde bucal no PSF tenha ocorrido tardiamente à sua criação, sendo somente regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 267, de 6 de março de 2001, a inclusão da odontologia na ESF contribui para a construção de um modelo de atenção que melhore efetivamente as condições de vida dos brasileiros.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) preconiza que as atividades devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as ESF devem estar preparadas para:

- a) Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável por meio de cadastramento;
- b) Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco;
- c) Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- d) Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea;
- e) Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (CALADO, 2002).

De acordo com o BRASIL (2001) existem alguns preceitos a serem seguidos pelos profissionais de saúde bucal no PSF. Os profissionais de saúde bucal deverão inserir-se nas atividades desenvolvidas pela ESF, pois é fundamental para o conhecimento da realidade local, o estabelecimento do vínculo com a comunidade e a compreensão dos determinantes da situação de

saúde da população. Neste sentido as atribuições dos componentes da equipe são:

- a) Conhecer a realidade das famílias do território sob sua responsabilidade a partir de informações de natureza socioeconômica e cultural;
- b) Identificar os problemas de saúde bucais prevalentes e situações de risco aos qual a população está exposta;
- c) Elaborar, em conjunto com os demais membros da ESF e a população, plano de ação para o enfrentamento dos principais problemas identificados e definir a estratégia de prioridades para o atendimento odontológico;
- d) Prestar atenção integral e contínua à demanda organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade e no domicílio;
- e) Realizar ações educativas sobre saúde bucal, tanto individual como coletivamente, inserindo-as nos grupos já existentes ou criando outros para este fim;
- f) Desenvolver ações intersetoriais quando se fizer necessário;
- g) Avaliar as suas ações conforme instrumentos desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- h) Avaliar o impacto das ações desenvolvidas;
- i) Registrar os dados no SIAB.

6.5 A reorganização da atenção em saúde bucal

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT, 2010) relatou que a organização em redes de atenção à saúde se coloca como proposta atual para propiciar as respostas que são de competência dos sistemas de saúde. Em função de uma população conhecida e definida é possível que seja trabalhado o modelo de atenção às condições crônicas (voltado para o cuidado, para a estratificação de subpopulações de acordo com a condição de saúde e para a

definição de ações que possam impactar positivamente cada uma dessas condições) e que sejam definidos os pontos de atenção necessários para se promover a saúde e se obter respostas às necessidades de saúde da população sob responsabilidade da rede. A partir dessa organização é possível o entendimento do porque das ações que estão sendo realizadas e aonde se quer chegar com elas.

Uma rede de atenção à saúde ideal apresenta os pontos de atenção necessários, onde cada ponto exerce a sua competência dentro da rede, de forma a garantir a integralidade da atenção. Para isso os profissionais da rede devem estar sendo capacitados permanentemente, de forma a terem acesso a ferramentas de organização de processo de trabalho e a serem capazes de estar sempre adequando suas ações às necessidades de saúde que se apresentam de forma dinâmica. E para que isso aconteça devemos pensar a atenção em saúde numa lógica que vai além da unidade de saúde e além do município, e que se apresenta em forma de atenção micro/macrorregional e estadual (FISCHER, 2008).

Segundo Aerts *et al.* (2004) a reorganização das práticas de saúde entre os modelos alternativos de saúde, um de particular interesse é o da Vigilância da Saúde, entendida não apenas como uma justa posição das três vigilâncias, mas sim como uma forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços em saúde, incluindo ações sobre ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços com distinta complexidade.

Para Rabello e Corvino (2001) mudar o sistema atual de assistência à saúde significa passar por modificações desde o ensino, que dá ênfase à tecnologia de equipamentos, às ações centralizadas e altamente especializadas.

6.6 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL

Os autores Waldman *et al.* (2000) relataram que o Brasil tem sido frequentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. De fato, a situação de saúde bucal não foge à regra da saúde de uma forma geral,

cuja situação é, ainda, por demais desalentadoras. Pode-se dizer que, no Brasil, em vez da transição epidemiológica, onde as doenças infecto-contagiosas, usualmente ligadas à pobreza e às condições de saneamento, dá lugar às doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, mais ligadas aos chamados males da civilização, tem-se um quadro em que ainda são bastante significativos os índices de mortalidade por doenças infecciosas e crescem ainda mais as doenças do coração e crônico-degenerativas aliadas a uma fatia cada vez maior das mortes por violência, incluídas nas chamadas “causas externas”.

Conforme Nickel *et al.* (2008) o quadro epidemiológico da população jovem brasileira vem se modificando nas últimas décadas. Segundo dados do Ministério da Saúde, coletados em dois grandes levantamentos epidemiológicos nos anos de 1986 e 2004, houve uma diminuição significativa do índice de cárie da população brasileira. Ao menos, esta é a realidade na faixa etária de 12 anos: o CPOD médio nesta idade, que era de 6,7 no ano de 1986, passou para 2,7 no ano de 2004.

Segundo Queiroz *et al.* (2009) o primeiro inquérito sobre a saúde bucal no Brasil foi realizado em 1986 pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde, com o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República. As limitações orçamentárias foram determinantes para definir a abrangência geográfica, a população alvo e a abrangência do exame bucal. Realizou-se um inquérito na área urbana de 16 capitais, distribuídas entre as cinco macrorregiões do país, incluindo crianças (6 a 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos) e adultos (35 a 44 anos e 50 a 59 anos). A justificativa para não considerar idosos entre 65 e 74, como proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotado em países desenvolvidos (65 a 74 anos), foi baseada no fato de a esperança de vida ao nascer ser, à época, de 65,5 anos no Brasil. Ocorrência de cárie e doença periodontal, necessidade e uso de prótese dentária foram observados, além de informações sobre acesso aos serviços de saúde.

Para Roncalli (2000) a saúde de uma população, é a nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação

do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde.

Colussi e Freitas (2002) observaram que um dos pontos negativos dos serviços públicos é a incapacidade de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam à população principalmente a idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos.

Segundo Fischer (2008) a Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios de 2003 indica que, apesar da redução na proporção de população que nunca consultou um dentista de 18,7%, em 1998, para 15,9%, em 2003, as desigualdades ainda persistem. O Brasil apresenta alta concentração de dentistas no serviço privado, especialmente em áreas urbanas e em grandes cidades. Ainda existe grande diferencial de uso de serviços odontológicos entre grupos populacionais e unidades da federação no Brasil, em que a chance de indivíduos nunca ter utilizado serviço odontológico foi maior quanto maior a taxa de pobreza da Unidade da Federação de residência.

O Relatório do SB, Brasil (2010) aponta para diminuição do número de cáries dentárias nas crianças até 12 anos, mas a saúde do idoso ainda é um desafio, onde 17 milhões de idosos necessitam de próteses. Desta forma, podemos perceber a necessidade de reorganizar os serviços a fim de possibilitar e garantir o acesso a todos.

6.7 Araçuaí

Segundo dados do SIA/SUS, do total de procedimentos realizados na Policlínica Municipal do município de Araçuaí, quase 50% são procedimentos de exodontia revelando uma prática odontológica extremamente desorganizada e mutiladora, voltada apenas para o indivíduo.

A reorganização da atenção se coloca em um momento em que os serviços de saúde bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do SUS assumindo uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes e rompendo com antigas formas

de trabalhar e lidar com o processo saúde-doença na sociedade além da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação destas mudanças. Abordar estes aspectos justifica-se pela necessidade de avaliação das políticas de saúde bucal no referido período e sua relação com as condições sociais dos municípios estudados, visando possíveis sugestões ao processo de planejamento em saúde e ao rumo das políticas de saúde bucal, uma vez que o SUS encontra-se em um processo contínuo de implementação (CIT, 2010).

Quando analisamos a Saúde Bucal na Região de Saúde de Araçuaí percebemos que a qualidade da atenção prestada pela ESF aponta fragilidades relacionadas aos princípios do SUS da Atenção Primária desenvolvidos por Starfield (STARFIELD, 2002) que são: o primeiro contato, a integralidade, a coordenação, a longitudinalidade, o enfoque familiar e orientação comunitária.

A Região de Saúde de Araçuaí assim como o quadro atual do Brasil analisado pelo SB BRASIL nos mostra que em relação aos adultos e idosos, o quadro epidemiológico é reflexo do histórico de desassistência, pois, durante muitas décadas, as ações de saúde bucal no âmbito público eram voltadas para crianças em idade escolar. Aos demais, serviços emergenciais, com caráter mutilador ou a assistência privada.

Conforme verificado nos quadros abaixo os municípios da microrregião de Araçuaí apresentam problemas de toda ordem, que impedem o cumprimento das metas. São municípios com estrutura física deficiente e cobertura insatisfatória. Os piores indicadores são justamente do município sede de Micro, Araçuaí, que possui uma atenção primária á saúde bucal desestruturada.

Os parâmetros considerados para a construção dos Quadros abaixo foram:

a) Cobertura de Equipes de Saúde Bucal: mínimo de 42,5% (percentual abaixo deste representa uma baixa cobertura);

Quadro 01 – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal nos municípios da Microrregião de Araçuaí.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO IBGE/2010	MÉDIA DE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA 2010	MÉDIA DE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA 2011	MÉDIA DE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA 2012
ARAÇUAÍ	36041	0	0,09	1,1
BERILO CORONEL	12307	0,52	2,38	2
MURTA FRANCISCO	9117	22,64	16,17	11,9
BADARÓ	10244	4,48	6,17	6,6
JENIPAPO DE MINAS	7117	17,05	0	5,1
VIRGEM DA LAPA	13625	0,76	0,38	5,7

FONTE: DATASUS (2013).

b) Média de Escovação Dental Supervisionada: mínimo de 3,18% (percentual abaixo deste representa poucas ações voltadas à Promoção de Saúde e Prevenção de doenças orais);

Quadro 02 – Média de escovação supervisionada nos municípios da Microrregião de Araçuaí.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO IBGE/2010	COBERTURA ESB 2010	COBERTURA ESB 2011	COBERTURA ESB 2012
ARAÇUAÍ	36041	0	9,57	24,97
BERILO CORONEL	12307	100	112,13	100
MURTA FRANCISCO	9117	100	75,68	98,73
BADARÓ	10244	100	101,03	87,86
JENIPAPO DE MINAS	7117	48,48	96,95	100
VIRGEM DA LAPA	13625	50,64	50,64	99,16

FONTE: DATASUS (2013)

c) Cobertura de Primeira Consulta Odont. Programática: mínimo de 15% (percentual abaixo deste representa falta de programação da agenda e alto atendimento por demanda);

Quadro 03 – Cobertura de primeira consulta odontológica nos municípios da Microrregião de Araçuaí.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO IBGE/2010	COBERTURA 1º CONSULTA 2010	COBERTURA 1º CONSULTA 2011	COBERTURA 1º CONSULTA 2012
ARAÇUAÍ	36041	5,72	2,92	2,09
BERILO	12307	13,2	17,06	14,24
CORONEL MURTA	9117	14,88	3,64	19,62
FRANCISCO BADARÓ	10244	20,79	21,94	35,51
JENIPAPO DE MINAS	7117	29,31	27,31	22,65
VIRGEM DA LAPA	13625	8,73	9,31	16,5

FONTE: DATASUS (2013)

d) Proporção de Exodontias em relação aos procedimentos coletivos totais: máximo de 9% (percentual acima deste parâmetro representa um perfil de atendimento extremamente mutilador).

Quadro 04 – Proporção de exodontia em relação a procedimentos coletivos nos municípios da Microrregião de Araçuaí.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO IBGE/2010	PROP EXO 2010	PROP EXO 2011	PROP EXO 2012
ARAÇUAÍ	36041	32,3	26,72	13,4
BERILO	12307	12,21	12,36	17,1
CORONEL MURTA FRANCISCO	9117	0	0,91	3,1
BADARÓ	10244	13,86	19,98	13,4
JENIPAPO DE MINAS	7117	3,2	3,35	1,4
VIRGEM DA LAPA	13625	11,21	14,51	8,6

FONTE: DATASUS (2013)

7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

7.1 Indicadores associados ao objetivo geral

Para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica, os estados e municípios pactuam um instrumento nacional – o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. O pacto de indicadores da atenção básica foi instituído pela Portaria GM/MS 3.925, de 13 de novembro de 1998, a qual aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica”, e pela Portaria nº 476, de 14 de abril de 1999, a qual regulamentou o processo de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, sua finalidade é avaliar e monitorar nacionalmente as ações de saúde referentes à atenção básica e para isso, anualmente, é publicado portarias para instrumentalizar a pactuação e especificar os indicadores a serem pactuados pelos gestores (BRASIL, 2003).

A seguir os indicadores utilizados para o monitoramento do alcance dos resultados da implantação das ações propostas por este projeto, tendo em vista que se pressupõe que a adequada organização da Saúde Bucal na microrregião impactará positivamente nestes indicadores.

a) **Indicador:** Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

Justificativa: Indicador referenciado nacionalmente e pactuado nas três esferas de gestão no Pacto de Indicadores da Atenção Básica como essenciais para demonstrar a melhoria na Saúde Bucal.

Fórmula de cálculo:

Nº de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

Implantadas x 3450 pessoas x 100%

População no mesmo local e período

Fonte: SIA – SUS (2013)

Periodicidade: Mensal

Meta: Parâmetro Brasil - 15%

b) **Indicador:** Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Justificativa: Indicador referenciado nacionalmente e pactuado nas três esferas de gestão no Pacto de Indicadores da Atenção Básica como essenciais para demonstrar a melhoria na Saúde Bucal.

Fórmula de cálculo: N^o de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada

$$\frac{\text{em determinado local e período, dividido pelo período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

*Para calcular esse indicador faz-se a soma do número de registros do código 01.01.02.003-1. O total é dividido pelo período, independente da existência de registro em todos os meses.

Fonte : SIA-SUS (2013).

Periodicidade: Mensal

Meta: Parâmetro Brasil 3%- Parâmetro Minas Gerais 3,18%

c) **Indicador:** Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.

Justificativa: Indicador referenciado nacionalmente e pactuado nas três esferas de gestão no Pacto de Indicadores da Atenção Básica como essenciais para demonstrar a melhoria na Saúde Bucal.

Fórmula de cálculo: Número de exodontias de dentes permanentes x 100

*Total de procedimentos básicos individuais

Fonte de Dados: SIA-SUS (2013).

Periodicidade: Mensal

Meta: Sem meta nacional - Parâmetro Minas Gerais 9%

d) **Indicador:** Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Justificativa: Indicador referenciado nacionalmente e pactuado nas três esferas de gestão no Pacto de Indicadores da Atenção Básica como essenciais para demonstrar a melhoria na Saúde Bucal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de reorganização da atenção à saúde bucal a Estratégia de Saúde da Família, veio para mudar o perfil da odontologia no serviço público, visando oferecer um serviço baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde e organizado através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida.

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento dos princípios estabelecidos para o atendimento e funcionamento de estratégias ligadas a saúde bucal. A operacionalização desse modelo de atenção às condições crônicas exige mudanças e uma reorganização da atenção primária – o que alcança a atenção à saúde bucal.

Apesar dos esforços empreendidos no fortalecimento da APS e da implantação das Redes de Atenção à Saúde no Estado, percebemos que os resultados apresentados até o momento na microrregião de Araçuaí apontam que a atenção à saúde bucal tem alcançado resultados inferiores aos esperados. Como pode ser notado neste trabalho. Assim, cabe aos gestores municipais de saúde e suas equipes repensarem a forma de organização dos serviços e das ações empreendidas buscando colocar em legitimidade a atenção básica à saúde.

Destaca-se que a definição de ações e estratégias para a reorganização da atenção em saúde bucal, da microrregião de Araçuaí, deve ser realizada de forma conjunta envolvendo a participação das equipes de saúde, dos gestores municipais, dos conselhos municipais de saúde, dentre outros e todos os espaços de discussão devem ser utilizados (Conselhos Municipais de Saúde, CIB Micro, CIB Estadual, etc.) com objetivo de possibilitar acesso igualitário, equidade, integralidade e resolutividade das ações em saúde bucal.

Neste sentido, as ações propostas neste projeto buscam alcançar resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde bucal da microrregião, impactando positivamente na qualidade e resolubilidade da atenção nos municípios da Microrregião de Araçuaí e na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):131-138, 2004.
2. BARBOSA, A. O.; GALVÃO, A. H.; MARTELLI, P. J. L. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Curso de Graduação em Odontologia da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES)**. http://www.sbpcnet.org.br/livro/pernambuco/Poster-PDF/76_saude.pdf. Acesso em: agosto de 2013.
3. BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 12(1): 41-51; 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família. Caderno 1**. 2000.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília (DF); 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Cadernos de Atenção Básica. **Brasília-DF**. 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2010- condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010, resultados principais**. Brasília; 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o Biênio 2010 - 2011. **Secretaria Executiva Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada**. Brasília (DF); 2011.
10. CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: Principais Avanços e Desafios**. Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.
11. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Versão/dezembro2010http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf Acesso em 0/10/2013.

12. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5):1313-1320, set-out, 2002.
13. **DATASUS** (Departamento de Informática do SUS) Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 0/10/2013.
14. DUNCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
15. EMMI, D. T. BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, n.1, pp. 35-41.
16. FISCHER, T. K. **Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de Saúde da Família no Sul do Brasil**. Florianópolis, 2008.
17. IBGE (**Instituto Brasileira Geografia e Estatística**). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 22/10/2013.
18. MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**. 2004, vol.20, n.6, pp. 1538-1544.
19. MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; LAWDER, J. A. C.; LIMA, L. S. M.; BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15; 1827-1834, 2010.
20. NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública** 2006; 40(N Esp):141-7.
21. NARVAI, P. C. FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In. MOYSÉS, T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da família – trabalhando com evidências**. São Paulo, Artes médicas, p.1-20, 2008.
22. NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008.
23. QUEIROZ, R. C. S. PORTELA, M. C. VASCONCELLOS, M. T. L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. **Cad. Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.1, pp. 47.
24. RABELO, S. B. CORVINO, M. P. F. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Odontol.** 2001; 58(6): 366-367.

25. RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva.** Araçatuba. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2000. 238p.
26. SERRA, C. G. **A Saúde Bucal como Política de Saúde.** Universidade do estado do Rio de Janeiro Centro Biomédico Instituto de Medicina Social Rio de Janeiro. 1998.
27. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
28. TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª da Conferência Nacional de Saúde.** Dezembro, 2000.
29. WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reprodução da cólera. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 3, p.5-47. 2000.