

**Dental assistance in the
microarea of Guaçuí/ES
of 2003 to 2007**

| Assitência odontológica na microrregião de Guaçuí/ES de 2003 a 2007

ABSTRACT | *Objective: To verify the production characteristics in the development of teams of Oral Health in the Family Health Program conducted in the micro Guaçuí, Espírito Santo, in the period of 2003 to 2007. Methodology: Data collection in DATASUS, IBGE and DAB/MS referring to all residents in the towns. The population's access to oral health services, the ratio between dental procedures and population, the amount of clinical restorative procedures, and the proportion of tooth extractions in relation to primary dental individual actions were analyzed. Results: Based on the first dental visit, all districts showed a progression to the population's access to oral health services. The amount of restorative procedures evolved across the micro area, highlighting Alegre 20,592, Guaçuí 19,69 and Ibitirama 17,319 residents in 2007. Yet surgical procedures for extractions obtained minimal regression compared to clinical restorative procedures. Conclusion: The insertion of Oral Health Care teams helped with satisfactory results due to rated indicators. Hopefully more resources will be donated to the teams and the towns to amplify their net of basic attention, making a positive impact in the oral health quality of the population.*

Keywords | *Dental procedures; Oral health; National health system.*

RESUMO | *Objetivo: Verificar as características de produção na evolução das equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, na microrregião de Guaçuí, Espírito Santo, no período de 2003 a 2007. Metodologia: Coleta de dados no DATASUS, IBGE e DAB/MS referente a todos os residentes no município. Analisa a avaliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, a razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população, a quantidade de procedimentos clínicos restauradores e a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. Resultados: Com base na primeira consulta odontológica, todos os municípios apresentaram uma progressão ao acesso da população aos Serviços de Saúde Bucal. A quantidade de procedimentos restauradores evoluiu em toda microrregião, destacando-se Alegre com 20.592, Guaçuí com 19.690 e Ibitirama com 17.319 residentes, no ano de 2007. Já os procedimentos cirúrgicos de exodontias obtiveram regressão mínima quando comparados com procedimentos clínicos restauradores. Conclusão: A inserção das equipes de saúde bucal contribuiu para os resultados satisfatórios dos indicadores avaliados. Espera-se que mais recursos sejam destinados às equipes e que os municípios ampliem sua rede de atenção básica, impactando positivamente na qualidade da saúde bucal da população.*

Palavras-chave | *Procedimentos odontológicos; Saúde bucal; Sistema Único de Saúde.*

¹Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em ESF; mestranda em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Espírito Santo
²Especialista em Auditoria em Saúde para o SUS; professor colaborador do Instituto Fênix/Fundação Castelo Branco

INTRODUÇÃO |

Grandes mudanças políticas na saúde pública do Brasil ocorreram nos anos 90, guiadas pela necessidade de romper com as formas de organização do sistema de saúde, que teve seu ápice em 1994, quando, o Ministério da Saúde (MS) lançou, como consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Saúde da Família (PSF)¹.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) responsabilizou-se inicialmente pelo PSF e, logo após, houve a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995, o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e, no ano seguinte, vigorava o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA – SUS). No início de 1998, com a implementação da NOB 01/96, foram criados o pagamento per capita, os incentivos para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF¹⁷.

O PSF apresenta-se como uma estratégia de reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde, organizando suas ações sob a defesa da territorialização, hierarquização, integralidade e cadastramento das famílias, por uma equipe multidisciplinar¹⁵. A ESF tem, como objetivo principal, levar a saúde para mais perto da família, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros⁹.

Com a necessidade de expansão das ações da saúde bucal, a população brasileira, o Ministério da Saúde, em dezembro de 2000, por intermédio da Portaria n.º. 1.444, estabeleceu incentivos financeiros com contratação de cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do PSF¹⁵.

A equipe de saúde bucal introduzida no PSF deve fazer o cadastramento em saúde bucal no domicílio e usar desses dados no desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas²⁰.

A implantação do PACS, no Estado do Espírito Santo, teve início em 1997. Já em 1998, o PSF foi implantado com duas equipes, como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial com equipes multiprofissionais em unidades de saúde¹¹.

No ano de 2009, o Programa Saúde da Família assistiu 51% da população capixaba representada em 73 municípios, com 296 equipes de saúde bucal. O município que não possui o PSF é acompanhado pelo PACS².

A partir de outubro de 2003, a Secretária de Estado da

Saúde apresentou um estudo identificando os polos em três macrorregiões (Norte, Sul e Centro) e oito microrregiões (Cachoeiro de Itapemirim; Guaçuí; Vila Velha/Venda Nova do Imigrante; Serra / Santa Teresa; Vitória; Colatina; Linhares; São Mateus), com o objetivo de descentralizar as ações e serviços de saúde, reduzindo as desigualdades e, com isso, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade^{10,3}.

A microrregião de Guaçuí é composta pelos municípios de Alegre, Bom Jesus do Norte, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Irupi, Iuna, Muniz Freire e São José do Calçado¹⁰.

As equipes de saúde bucal foram implantadas na microrregião de Guaçuí em 2007. O número de equipes de saúde bucal no município de Alegre foi de seis equipes; Bom Jesus do Norte ainda não tem equipe de saúde bucal no PSF; Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto e Ibatiba possuem duas equipes de saúde bucal em cada município; Guaçuí tem cinco equipes. Já Ibitirama, Irupi e Iuna contam cada uma três equipes de saúde bucal; Muniz Freire tem quatro equipes de saúde bucal; São José do Calçado, três equipes. Apenas os municípios de Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto e Ibitirama têm cobertura de 100%¹¹.

O estudo foi descritivo, com a finalidade de verificar as características de produção na evolução das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, na microrregião de Guaçuí, Espírito Santo, no período de 2003 a 2007.

METODOLOGIA |

Trata-se de um estudo descritivo, que utilizou a base de dados secundários do Banco de Dados do SUS dos municípios da microrregião de Guaçuí, conforme a classificação da organização da atenção à saúde bucal, de acordo com o ciclo de vida do indivíduo.

O instrumento de coleta utilizado foi a análise dos dados de 2003 a 2007, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), do Banco de Dados do SUS (DATASUS), Instituto Brasileiro Geográfico (IBGE) e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) relativos à microrregião de Guaçuí, segundo a classificação do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo (2003). A coleta de dados foi realizada para avaliar indica-

dores analíticos utilizados no Manual Técnico do Departamento Nacional de Auditoria do SUS/MS, “Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia no SUS”, que visam à qualidade da assistência odontológica prestada aos usuários do SUS. Os dados foram coletados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do DATASUS⁷.

Os indicadores propostos neste estudo avaliaram o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal, relacionando a cobertura da primeira consulta odontológica com o número total de primeiras consultas odontológicas realizadas em determinado local e período, com a população no mesmo local e período X 100. A razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população foi aferida pela média anual da população coberta por procedimentos odontológicos coletivos em determinado local sob a população no mesmo local e período. A proporção de exodontias, em relação às ações odontológicas básicas individuais, foi verificada com o número total de exodontias de dentes permanentes realizadas em determinado local e período sob o total de ações básicas individuais em Odontologia realizadas em determinado local e período X 100⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Ao propor a reorganização da atenção básica em saúde, têm-se programas e políticas específicas induzindo o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde. Essas medidas conduzem a uma mudança no modelo de assistência com predomínio nas ações preventivas e de promoção da saúde, reduzindo as ações curativas de média e alta complexidade⁴.

Com o surgimento do plano de reorganização de ações de saúde bucal na atenção primária, do Ministério da Saúde, a classe odontológica integrou-se nas equipes de saúde da família, como principal estratégia adotada no nível básico de atenção⁷.

Quando houve a realização e o incentivo financeiro à Estratégia de Saúde Bucal em 2000, o ingresso da clientela às ações de saúde bucal ampliou-se e as práticas foram orientadas como o propagado pelo PSF, assim como o envolvimento de gestores que contribuiu para a real implantação do programa¹⁹.

Em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), com levantamento realizado pelo IBGE, indicou que, aproximadamente, 20 milhões, em um total de 160 milhões de brasileiros, nunca foram ao dentista, ou seja, 12,5% da população nunca obtiveram acesso ao tratamento

odontológico. Na área rural, esse número sobe para 32%¹⁶.

Quando a saúde bucal integrou a Estratégia Saúde da Família em 2001 até os dias atuais, cerca de 2 milhões de dentes deixaram de ser extraídos⁸.

Entre dezembro de 2002 e 2007, observou-se que 11.433 novas equipes de saúde bucal foram implantadas na Estratégia Saúde da Família. O total de equipes de saúde bucal chega a 15.694, atuando em 4.294 municípios. Assim, houve um aumento na cobertura da população de 50 milhões de pessoas, totalizando mais de 76 milhões de indivíduos cobertos por essas equipes⁶.

As equipes de saúde bucal já chegam a 16.552 atuando em 4.488 municípios. Atualmente, cerca de 60% das Equipes de Saúde da Família possuem equipes de saúde bucal, ou seja, dentre as 28.302 equipes de estratégia, são atuantes 16.552 equipes de saúde bucal, contando com 218.300 agentes comunitários⁸.

A evolução do indicador no ano de 2007 foi devido a um levantamento de dados e monitoramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família entre 2005 e 2006. As equipes foram classificadas entre “regular” e “bom”. Isso gerou maior incentivo das prefeituras para ampliação do atendimento².

Um estudo da análise histórica dos indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica do SUS, realizado em 1.159 municípios no Sul do Brasil, entre 2000 e 2005, mostrou que Santa Catarina apresentava as maiores coberturas de primeira consulta odontológica, no período de 2000 a 2004, sendo superada pelo Paraná no ano de 2005. A razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos de idade mostrou uma estabilidade no Estado do Rio Grande do Sul e queda nos Estados de Santa Catarina e Paraná. Já no indicador razão entre exodontia de dentes permanentes e procedimentos odontológicos individuais na atenção básica, o Rio Grande do Sul apresentou os maiores valores em todos os anos da série¹³.

No período de 2000 a 2003, foram estudados, em 293 municípios do Estado de Santa Catarina, os indicadores de atenção básica à saúde bucal. A razão de procedimentos odontológicos coletivos na população entre zero e quatorze anos foi de 0,37 e a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais foi de 11,9%. As maiores coberturas foram associadas ao aumento de dentistas no SUS e os municípios com piores condições socioeconômicas foram associados a maiores proporções de exodontia¹².

Na evolução da saúde bucal de 2002 a 2005, em 185 municípios do Estado de Pernambuco, observou-se que, apesar de o crescimento das equipes de saúde bucal ser de 204,22%, com a evolução dos procedimentos odontológicos de 19,19%, a proporção Estratégia Saúde da Família sob Estratégia de Saúde Bucal implantados em Pernambuco não consegue atingir 50% da população²².

No Espírito Santo, foi relatado que, devido à grande rotatividade dos profissionais de saúde, incluindo os profissionais da ESB, a qualidade, continuidade de ações e relação do profissional-população são prejudicadas².

No presente trabalho, a medida da primeira consulta odontológica foi feita pelo número total de primeiras consultas odontológicas realizadas em determinado local e período, com a população no mesmo local e período X 100⁷.

Dos municípios da microrregião estudada, o ano de 2007 apresentou o maior número de primeiras consultas odontológicas: Alegre (13,1), Bom Jesus do Norte (10,6), Divino de São Lourenço (54,7), Dores do Rio Preto (8,7), Guaçu (11,8), Ibatiba (5,6), Ibitirama (13,4), Irupi (12,0), Iuna (14,4), Muniz Freire (13,5) e São José do Calçado (13,4) (Gráfico 1).

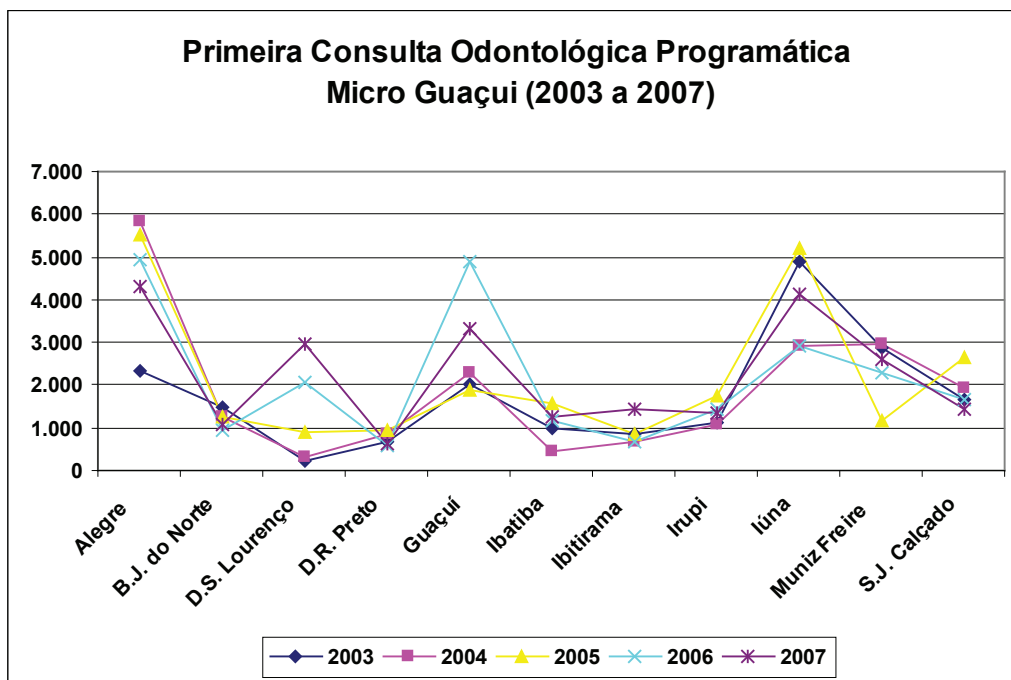


Gráfico 1- Primeira consulta odontológica programática Micro Guaçu (2003 a 2007)

No município de Alagoinha, Bahia, os profissionais organizaram seus turnos para que o processo de trabalho fosse curativo e preventivo. O trabalho preventivo é realizado por meio de atividades nas escolas municipais com palestras, controle de placa, escovação supervisionada e aplicação de flúor²¹.

No distrito de Mosqueiro, Pará, a Equipe de Saúde Bucal, implantada em 2000, aumentou a prevenção e a promoção com procedimentos preventivos, tratamento restaurador atraumático, procedimentos curativos nos odontomóveis. Os profissionais também desenvolvem atividade domiciliar na população ribeirinha, devido à dificuldade geográfica de

acesso à Unidade de Saúde⁹.

Ao calcular a média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos em determinado local, sob a população no mesmo local e período, foi destaque o município de Alegre, no ano de 2007 (131,9), com maior acesso da população às ações de prevenção em saúde bucal. Há um aumento contínuo desse indicador em 2003 (37,8), 2004 (49,9), 2005 (57,0) e 2006 (131,9). O município de Guaçu ficou estável em 2003 (15,0) e 2004 (15,8). No ano de 2005 (20,9), Guaçu apresentou um maior acesso da população aos procedimentos coletivos com progressão em 2006 (41,2) e 2007 (60,3) (Gráfico 2).

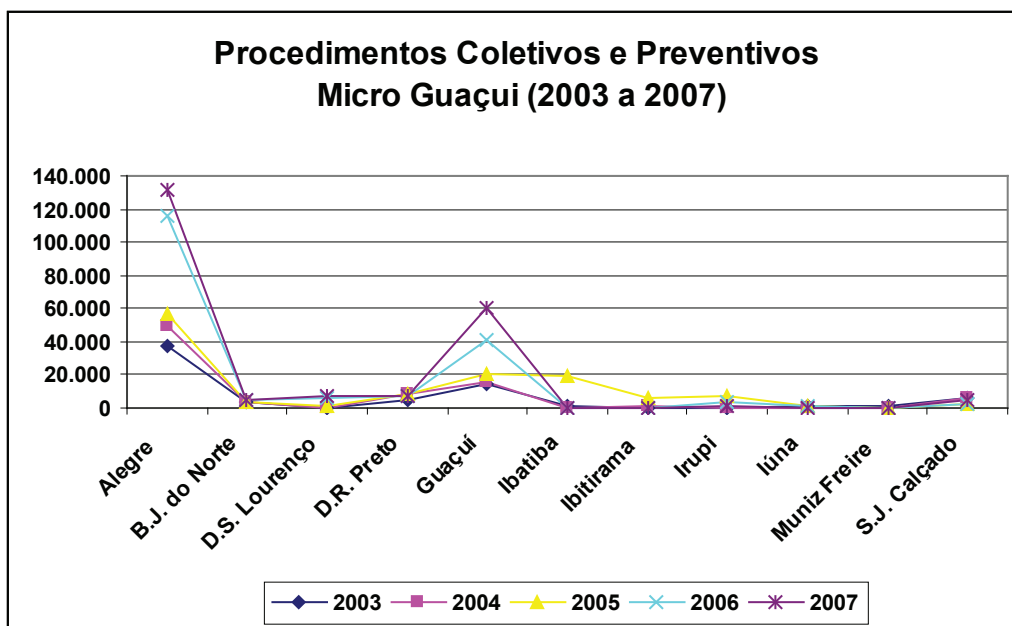


Gráfico 2 - Procedimentos coletivos e preventivos micro Guaçuí (2003 a 2007)

Ao analisar o total de procedimentos individuais restauradores nos municípios da microrregião de Guaçuí, o ano de 2006 apresentou maior quantidade de procedimentos realizados: Alegre (23.228), Bom Jesus do Norte (5.306), Divino de São Lourenço (2.751), Dolores do Rio Preto (1.794), Guaçuí (15.152), Ibatiba (6.234),

Ibitirama (9.635), Irupi (7.672), Iúna (4.905), Muniz Freire (9.924) e São José do Calçado (7.083). Os municípios de Divino de São Lourenço 2003 (1.459), 2004 (1.825), 2005 (2.013), 2006 (2.751), 2007 (3.014), e Ibitirama 2003 (3.546), 2004 (3.773) 2005 (5.523). Em Ibitirama, de 2006 (9.635) para 2007 (17.319), os dados quase duplicaram (Gráfico 3).

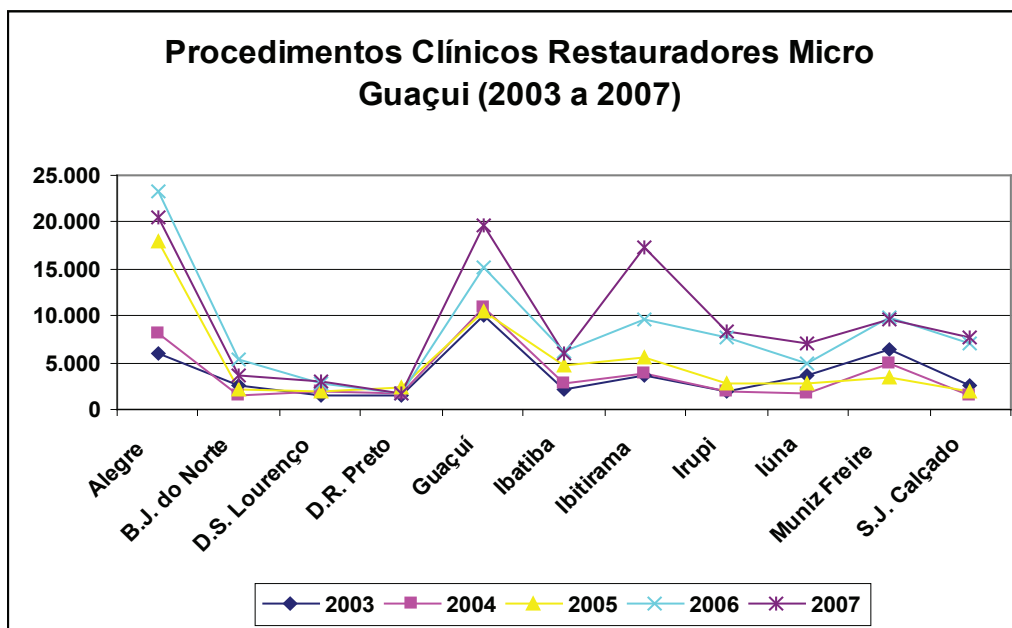


Gráfico 3- Procedimentos clínicos restauradores micro Guaçuí (2003 a 2007)

Com a falta de incentivo no município de Grão Mogol, Minas Gerais, as ações de saúde bucal restringiram-se a práticas iatrogênicas e multiladoras, como exodontias e alívio da dor, não contribuindo para a melhoria das condições de saúde bucal da população, refletindo, assim, na visão de que a doença dental era comum e que as exodontias eram a única forma de cura. Essa mentalidade mudou com a integração da equipe com a população¹⁴.

Na obtenção do total de exodontias (dentes extraídos) nos procedimentos de cirurgia bucal, foi calculada a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, ou seja, o número total de exodontias em determinado local e período sob o total de ações básicas

individuais em Odontologia, realizadas em determinado local e período X 100⁷.

Os municípios de Divino de São Lourenço 2003 (230), 2004 (353), 2005 (371), 2006 (153), 2007 (271), Dolores do Rio Preto 2003 (449), 2004 (867), 2005 (999), 2006 (518), 2007 (546) e São José do Calçado 2003 (206), 2004 (882), 2005 (1.026), 2006 (1.005), e 2007 (1.307) apresentaram resultados negativos, ou seja, aumento do número de extrações comparado com os procedimentos preventivos, restauradores e conservadores. Os demais municípios estudados apresentaram resultados estáveis, ou com ligeira queda na quantidade de dentes extraídos (Gráfico 4).

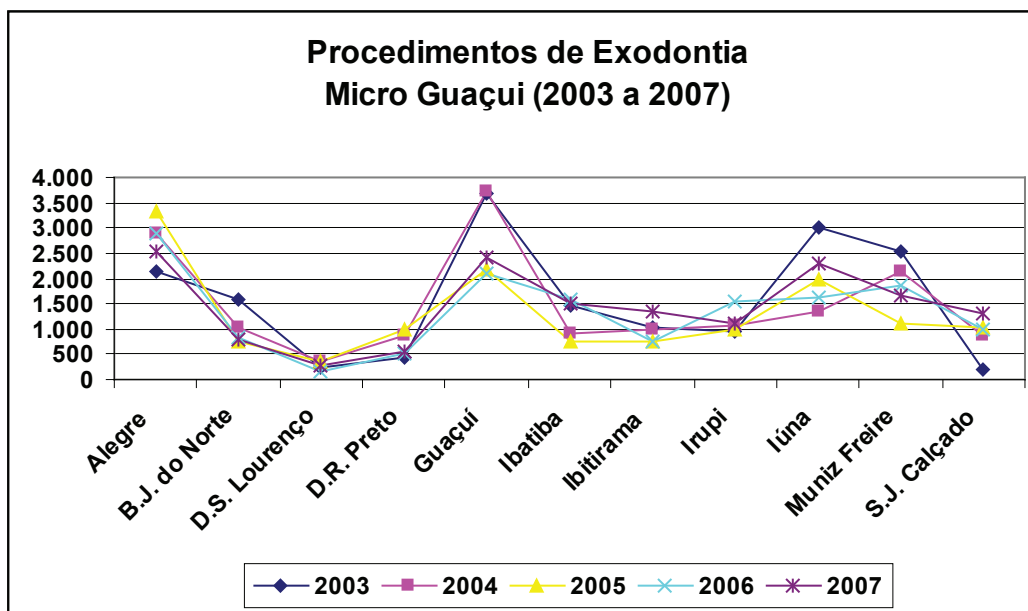


Gráfico 4 - Procedimentos de exodontias Micro Guaçu (2003 a 2007)

CONCLUSÃO |

Esses resultados permitem sugerir que mais recursos sejam destinados às equipes de saúde bucal no SUS e que os municípios ampliem sua rede de atenção básica nos próximos anos, impactando positivamente na qualidade da saúde bucal de nossa população.

REFERÊNCIAS |

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

2. Bernardes F. PSF é certificado no ES e propõe melhorias ainda para este ano. [citado 2006 jul14]. Disponível em: URL: <http://www.seculodiario.com.br>.

3. Birchler CM. Evolução histórica da Organização da Atenção Primária no Espírito Santo. [citado 2006 jul.15]. Disponível em: URL: atencaoprimaria@saude.es.gov.br.

4. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7 (3):402-12.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2004. [citado 2010 jan 10] Disponível em: URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/in.php>.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde bucal. 2004. [citado 2010 jan 10]. Disponível em: URL: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. orientações técnicas sobre auditoria em odontologia, caderno dois. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Conselho Federal de Odontologia. Saúde da família completa 15 anos. Jornal do Conselho Federal de Odontologia. 2008; 16 (85):3-8.
9. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13 (1):35-42.
10. Espírito Santo. Secretaria de Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo. Vitória: Secretaria de Saúde; 2003.
11. Espírito Santo. Secretaria de Saúde. Sesa apresenta Projeto de Expansão e Fortalecimento da APS no DIO nesta tarde. [citado 2008 fev 12]. Disponível em: URL: <http://www.saude.es.gov.br>.
12. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saúde Pública 2005; 39(6):930-6.
13. Fisher TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. 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 2010; 13(1):126-38.
14. Junior HM, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil." a voz do usuário". Ciênc Saúde Coletiva 2009; 14(4):1287-95.
15. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 20(6):1538-44.
16. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(suppl 1): 297-302.
17. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte na Região Nordeste do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(3):713-24.
19. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinha, BA. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(1): 53-61.
20. Terrieri ALM, Soler ZASGS. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da carie entre crianças de 5 a 12 anos. Cad Saúde Pública 2008; 24(7):1581-87.
21. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinha, BA. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(1):53-61.
22. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, Viera L. 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 [citado 2010 jan 12]. Disponível em: URL: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1904.

Correspondência para/ Reprint request to:

Mariana Aleluia Drago

Rua Luis Fernandes Reis, 530, apto 101,

Praia da Costa, Vila Velha, Espírito Santo

CEP: 29101-120

email: dragomari@botmail.com