

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Dissertação

**Comparação das Práticas Odontológicas Segundo Modelos de
Atendimento: Tradicional X Saúde da Família**

Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, 2014

Leandro Leitzke Thurow

**Comparação das Práticas Odontológicas Segundo Modelos de
Atendimento: Tradicional X Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências.

Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos

Pelotas, 2014

Leandro Leitzke Thurow

**Comparação das Práticas Odontológicas Segundo Modelos de
Atendimento: Tradicional X Saúde da Família**

Dissertação aprovada como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências, Programa de Pós - Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 18/06/2014.

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa (Orientador)
Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof. Dr. Juraci Almeida Cesar
Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande

.....
Profa. Dra. Tania Izabel Bighetti
Professora da Unidade de Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal de Pelotas

*Dedico este trabalho
a minha família, meus colegas de trabalho da Saúde Bucal,
meus orientadores e a todos que sempre me apoiaram.*

Apresentação

Esta apresentação de Mestrado, conforme previsto no regimento de Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas está composta das seguintes seções:

I – Projeto de pesquisa: entregue em dezembro de 2012 e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. A versão apresentada neste já contém as modificações sugeridas pelos revisores.

II – Artigo com os principais resultados da pesquisa: intitulado “Comparação das Práticas Odontológicas Segundo Modelos de Atendimento: Tradicional X Saúde da Familiar”, o qual será para publicação na revista Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS, mediante aprovação da banca e incorporações das sugestões.

III – Nota a imprensa: texto contendo os principais resultados do estudo, a ser enviado para divulgação na imprensa.

Lista de Abreviaturas

ABS	Atenção Básica a Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BA	Bahia
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPO	Cariados, Perdidos e Obturados
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Agentes de Saúde
PC I	Procedimentos Coletivos I
PMA2C	Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação - Complementar
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SB Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Média de produtividade por turno de trabalho segundo procedimento e tipo de atendimento (Pelotas, 2012/2013).....50

Tabela 2 – Média comparativa de cobertura de primeira consulta odontológica programática e escovação dental supervisionada (Pelotas, 2012/2013).....51

Resumo

THUROW, Leandro Leitzke. **Comparação das Práticas Odontológicas Segundo Modelos de Atendimento: Tradicional X Saúde da Família. 2014. 68f.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública Baseada em Evidências) - Programa de Pós - Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Com objetivo de integrar serviços de saúde bucal à política nacional reestruturante do modelo tradicional de atendimento à saúde, estabeleceu-se, desde o ano 2000, incentivo federal para financiamento de ações e inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). A política afirma que a ESB deve-se voltar para reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral, com estabelecimento de vínculo territorial. Segundo dados do Ministério da Saúde, ao final de 2012, a população brasileira contava com 22.139 ESB operando em 4.907 municípios. Apesar da amplitude da política, ainda são escassos estudos que avaliam vantagens ou desvantagens práticas do novo modelo em detrimento do modelo tradicional. O presente estudo avaliou no período de agosto de 2012 a julho de 2013 os dois modelos de atenção à saúde bucal que coexistem na cidade de Pelotas/RS. Utilizou-se o Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2 C) de 53 cirurgiões-dentistas da rede básica, sendo 7 vinculados a ESB e 46 ao modelo tradicional. Um achado relevante foi a diferença encontrada no acesso/utilização e resolubilidade calculada através da média da razão de Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, sendo quase 50% maior no grupo ESB. Essa diferença pode ser resultado de estratégias que garantam adesão aos tratamentos programáticos. Também houve diferença nos indicadores coletivos - Média de Escovação Dental Supervisionada e Média de Procedimentos Coletivos, respectivamente, aproximadamente 3 e 48 vezes superior nas ESB. Esses dois indicadores evidenciam a característica da ESB sistematizando práticas coletivas simultaneamente com práticas clínicas. Os resultados positivos obtidos demonstram que o modelo ESB, ou estratégias por ele adotadas, devem se estender a mais habitantes do município, principalmente às áreas mais carentes, a fim de proporcionar aumento da proporção de tratamentos concluídos/1ª Consulta Odontológica e maior abrangência das atividades coletivas.

Palavras-chave: Saúde da Família; Assistência Odontológica Integral; Odontologia Comunitária

Abstract

THUROW, Leandro Leitzke. **Comparison of Dental Care Practices According Models: Traditional X Family Health. 2014. 68f.** Dissertation (Master Degree em Saúde Pública Baseada em Evidências) - Programa de Pós - Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

In order to integrate the dental restorative national policy from the traditional model of health care health services was established, since 2000, federal funding for incentive shares and insertion of Oral Health Teams (ESB) in the FHS (ESF) . The policy states that the ESB should return to the reorganization of care and expanding access in health care model, ensuring comprehensive care with establishment of territorial bond. According to the Ministry of Health at the end of 2012, the Brazilian population had 22,139 ESB operating in 4,907 municipalities. Despite the breadth of policy, there are still few studies that assess practical advantages or disadvantages of the new model over the traditional model. The present study evaluated the period from August 2012 to July 2013, the two models of oral health care that coexist in the city of Pelotas / RS. We used the Production Report and Markers Evaluation (PMA2 C) of 53 dentists core network, being linked to ESB 7 and 46 to the traditional model . An important finding was the difference found in access / utilization and calculated by solving Ratio Treatments Completed and First Programmatic Consultations Dental, being almost 50 % higher in the ESB group average. This difference may result from strategies that ensure adherence to programmatic treatments. There were also differences in the collective indicators - Average Brushing Dental Supervised and Average Collective Procedures, respectively, about 3 to 48 times higher in ESB. These two indicators show the feature of ESB systematizing collaborative practice simultaneously with clinical practice. The positive results obtained show that the ESB model, or strategies he adopted, should extend to more residents of the municipality, especially to the poorest areas, to provide increased proportion of treatments completed/scope of activities 1st Consultation Dental and higher collective.

Key-words: Family Health; Comprehensive Dental Care; Community Dentistry

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. JUSTIFICATIVA	12
1.2. OBJETIVOS	13
1.2.1. Objetivo Geral	13
1.2.2. Objetivos Específicos	13
1.3. HIPÓTESES	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1. SAÚDE BUCAL NO BRASIL	15
2.1.1. Histórico	15
2.1.2. Odontologia na ESF	20
2.1.3. Dados Epidemiológicos - Pesquisa SB Brasil	21
3. PROJETO DE PESQUISA	22
3.1. METODOLOGIA	22
3.1.1. Delineamento do Estudo	23
3.1.2. Justificativa da Escolha do Delineamento	23
3.2. FONTE DE DADOS	23
3.3. DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS	24
3.4. DESCRIÇÃO DOS INDICADORES	25
3.5. LOGÍSTICA	25
3.6. REVISÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS	25
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	26
3.8. ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO	26
3.9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	26
3.10. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	27
4. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	28
5. ARTIGO	30
5.1. INTRODUÇÃO	34
5.2. METODOLOGIA	36
5.3. RESULTADOS	40
5.4. DISCUSSÃO	42
5.5. CONCLUSÃO	47
6. NOTA PARA IMPRENSA	52
7. REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	58

1. Introdução

O presente projeto de pesquisa é um dos requisitos para a obtenção do título no Mestrado Saúde Pública Baseada em Evidências no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel. O tema deste projeto é o estudo das possíveis diferenças entre as práticas odontológicas no modelo tradicional e as práticas das equipes de saúde bucal no modelo Estratégia Saúde da Família. Ambos os modelos coexistem nos serviços da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pelotas/RS.

A população total do município de Pelotas é de 328.275 habitantes (1) e para atender as necessidades de saúde bucal dessa população, disponibilizam-se serviços odontológicos instalados em 45 das suas 52 unidades básicas de saúde (UBS). No serviço odontológico da rede básica de Pelotas são preconizadas a realização de procedimentos básicos, como raspagens, restaurações, extrações, aplicação de flúor, atividades educativas e encaminhamentos para tratamento especializado. Atualmente a rede de serviços odontológicos de Pelotas conta com um Centro de Especialidades Odontológicas tipo I onde são ofertados serviços de endodontia, cirurgia, periodontia, atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais e diagnóstico bucal com ênfase em câncer bucal. Além disso, também possui serviço de próteses dentárias, oferecendo próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses unitárias fixas. Todos os serviços especializados estão habilitados pelo Ministério da Saúde (MS).

1.1 Justificativa

A Supervisão de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas tem como foco a busca pela qualidade no atendimento à população. Para tanto implantou as primeiras sete equipes de saúde bucal (ESB) modalidade I. Esta ação foi tomada com base no indicado pelo Ministério da Saúde e no interesse do direcionamento das ações para a educação e promoção da saúde (38). Além disso, essa iniciativa veio atender as deliberações das últimas conferências municipais de saúde, onde se

preconizaram a criação/ampliação das estratégias de atendimento à população em saúde bucal.

Portanto, o motivo principal deste estudo traduz-se na necessidade de conhecer, enquanto gestor, as particularidades da prestação de serviços de acordo com a modalidade de atenção.

Caracterizar e comparar ambas as modalidades de serviço permitirá conhecer suas reais diferenças produtivas, rever logísticas de implantação e critérios de seleção dos profissionais, além de justificar ou não a criação de novas equipes de saúde bucal.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever e comparar os procedimentos odontológicos prestados nas unidades com equipe de saúde bucal (ESB) e aqueles prestados pelos cirurgiões-dentistas do modelo tradicional.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever e comparar o número de 1ª Consultas Odontológicas Programáticas;
- Descrever e comparar o número de Escovação Dental Supervisionada;
- Descrever e comparar o número de Tratamentos Concluídos;
- Descrever e comparar o número de Atendimentos de Urgência;
- Descrever e comparar o número de Atendimentos a Gestantes;
- Descrever e comparar o número de Encaminhamentos da Saúde Bucal;
- Descrever e comparar o número de Diagnósticos de Alteração de Mucosa;
- Descrever e comparar o número de Procedimentos Coletivos;

1.3 Hipóteses

Espera-se não haver diferença no número de 1ª consultas odontológicas programáticas, uma vez que a unidade de comparação é a hora trabalhada e, mesmo que nas ESB o trabalho seja conduzido por dois profissionais, fato que pode levar a um maior número de pacientes atendidos, isso acaba sendo diluído com a dedicação nas atividades coletivas. Portanto espera-se que o número seja semelhante.

O número de atendimentos de Escovação Dental Supervisionada e número de procedimentos coletivos deverão ser significativamente maiores nas ESB. Assim como o número de tratamentos concluídos, uma vez que dentro da Estratégia Saúde da Família, o reagendamento é preconizado por todas as ESB, o que não ocorre no modelo tradicional, com raras exceções.

Os atendimentos a gestantes tendem a serem maiores nas ESB, uma vez que normalmente as ESB participam mais ativamente dos trabalhos multiprofissionais, o que constitui porta de acesso a essas usuárias.

O número de atendimentos de urgência e os encaminhamentos não deverão apresentar diferenças estatísticas, dada a recente implantação das ESB. A potencial menor incidência só seria esperada em longo prazo como fruto dos trabalhos preventivos.

2. Revisão da Literatura

A revisão de literatura foi realizada mediante bases PubMed e LILACS utilizando-se os termos descritores equipe de saúde bucal, saúde bucal coletiva e políticas de saúde bucal no Brasil. Também foi realizada busca de artigos de interesse nas citações bibliográficas dos artigos lidos, sendo procurados diretamente nas revistas através do portal de periódicos da Capes.

2.1. Saúde Bucal no Brasil

2.1.1. Histórico

No início da década de 1990, no Brasil, os problemas sistêmicos da economia, enfrentados através do receituário neoliberal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, contribuíam para o subfinanciamento do recém implantado Sistema Único de Saúde (SUS) e para chamada “crise do modelo assistencial (2). Também colaboravam para a referida crise, a carência estrutural da rede básica de saúde e as limitações operativas do modelo tradicional de atenção primária à saúde (APS) centrado na doença e, em consequência, no médico e nas práticas curativas (3,4). Sendo assim, a saúde bucal ocupava sempre um papel de baixa relevância nos serviços, seguindo o mesmo contexto do modelo tradicional de APS, realizando somente procedimentos curativos que não estavam gerando o resultado esperado para melhorar o acesso ao tratamento odontológico de toda a população (5).

Este modelo atuava essencialmente sobre o indivíduo e a demanda espontânea, mostrando baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, relação custo-benefício desvantajosa e desvinculação do pessoal dos serviços de saúde com as comunidades (6,7).

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (8). Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais

sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. Para acompanhar este debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (9), modelo de atenção ou modelo assistencial é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de 'lógica' que orienta a ação. Esta concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implantadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial.

Vários autores (10-14) têm questionado as formas de implantação do PSF e da inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) no Brasil. São levantadas questões em relação às diferenças nas realidades locais, capacidade de atendimento, recursos humanos, financiamentos, etc. No que tange às ESB, como a implantação se deu tardiamente, há que se considerarem dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB.

O PSF tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa propulsor da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação; baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. Tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (15-17).

O esforço brasileiro de superação da "crise do modelo assistencial" e de retomada dos princípios do SUS e da APS, passa a se concretizar a partir de 1994, com a implantação progressiva do PSF. Essa iniciativa foi precedida pelo Programa Agentes de Saúde (PAS), implantado no estado do Ceará em 1987,

e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, que pela primeira vez na história do SUS enfocou a família e não o indivíduo, dentro das práticas de saúde, e introduziu a noção de área de cobertura (4).

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário. A incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF 4, o que resultou no grande impulso de sua expansão pelo Brasil (18).

Segundo Calado (19), antes da inclusão oficial da saúde bucal no PSF, havia relatos de 76 experiências de incorporação do cirurgião-dentista nas equipes de saúde da família no país. Num intervalo de apenas dois anos após a divulgação da Portaria de incentivos, em fevereiro de 2002, o número de municípios com equipe de saúde bucal aumentou substancialmente para 1.526 em todo o Brasil (19).

Entretanto, sabe-se que a formação do profissional cirurgião-dentista pode comprometer essa estratégia. Reconhece-se a inadequação no preparo dos recursos humanos que são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços em que provavelmente deverão atuar (20).

A organização das atividades das equipes de saúde bucal revela que o processo de trabalho é dividido em atendimento no consultório (atividades curativas) e atividades preventivas nas escolas (palestras, controle de placa, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor) (21).

Nesse sentido, a prática de atenção à saúde bucal, mesmo na lógica da

Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta um viés característico das atividades preventivas na odontologia: o foco centrado na atenção a escolares, na faixa etária de 6 à 14 anos, por meio de técnicas de escovação, aplicação de flúor e acompanhamento clínico (22). Portanto a prática continua a fragmentar e reduzir o campo do cuidado em saúde bucal, concentrando as ações em uma faixa etária específica. Assim, amparando-se nessa lógica de atenção, as ações preventivas vão se configurando no cotidiano das equipes de saúde bucal, de forma acrítica e limitada, na solução de problemas inerentes a este campo.

As ações fora do consultório devem contemplar as práticas coletivas (24). Segundo as orientações de registros (23) caracterizam-se como procedimentos coletivos:

“Procedimento coletivo é um “conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados” e cujos componentes são os bochechos fluorados, a higiene bucal supervisionada e as atividades educativas em saúde Bucal.”

(MS,1998)

No entanto, devido à histórica exclusão por serviços clínicos e uma grande demanda reprimida, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal sugerem que de 75 a 85% das horas trabalhadas pelo cirurgião-dentista na ESF sejam utilizadas na assistência curativa (24).

Neste processo de organização das práticas de saúde bucal, a atenção individual também se apresenta com limites a serem superados. Estudo conduzido por Santos, observou o trabalho de três equipes, em um estudo de abordagem qualitativa, numa perspectiva histórico-social cujo recorte espacial foram 3 unidades de saúde da família em que atuavam equipes de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas – BA. Utilizou entrevista semi-estruturada, observação sistemática da prática e fontes documentais. As entrevistas foram orientadas por um roteiro no qual constavam informações do participante e dos dispositivos de análise: acolhimento, vínculo, responsabilização, coeficiente de autonomia, resolubilidade e relações

estabelecidas entre os diferentes sujeitos que atuavam, se responsabilizavam ou se articulavam com a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas. Seus resultados mostraram que: o atendimento individual foi conduzido de maneira pontual; algumas vezes rápido e centrado na queixa do usuário; limitado pelo equipamento ou insumo disponível no momento e pelo número de vagas; sem garantia de retorno, restrito a um procedimento por indivíduo. Percebeu também a falta de planejamento, concentrando a ação na figura do dentista, com falhas na biossegurança e na própria técnica utilizada para a realização da intervenção clínica (25).

Observações semelhantes foram encontradas no município de Feira de Santana (26) e trouxeram à tona a discussão sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista, aqui especificamente a clínica desenvolvida na sua prática dentro da ESF. Para Campos, (27) detectou-se a existência de três clínicas, todas com particularidades importantes, que se comunicavam e se interpenetravam: clínica oficial, clínica degradada e clínica ampliada. A primeira seria a tradicional clínica cartesiana, espaço no qual a prática desconhecía a pessoa enferma e personificava a enfermidade, alienando-se nos seus objetos fetichizados – exames, remédios, atos, protocolos, programas. A saúde era entendida como mercadoria (28).

A segunda consistia numa clínica marcada por interesses de qualquer natureza – econômica, política, ideológica – mas que, nesse caso, transfigurava-se numa práxis distante das necessidades de saúde. Os diferentes interesses sobrepujavam-se à promoção, prevenção, cura ou reabilitação dos usuários, impingindo a estes uma lógica de submissão.

A antítese seria a clínica ampliada, centrada no sujeito concreto – não somente na sua enfermidade – a fim de resgatar a integralidade humana, o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Este é um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, que valoriza as singularidades. Nesse caminhar, a clínica ampliada não polarizaria o conceito de saúde e doença como excludentes, ao contrário, levaria em conta a dialética desses conceitos, pois os compreenderia como imbricados num mesmo corpo, numa mesma sociedade, simultaneamente. (27)

O serviço odontológico da rede básica deve ser capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população (27). O “tratamento não

completado” gera, de um lado, uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas, por sua vez, cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver os seus problemas (23).

Com frequência, dado o caráter infeccioso das principais doenças bucais e em função da demora no atendimento, muitas unidades dentárias, que poderiam receber um tratamento conservador se cuidadas a tempo, acabam sendo mutiladas. Outras vezes, quando o usuário consegue uma nova vaga, o que havia sido reparado volta a ficar comprometido novamente, havendo a necessidade de outra intervenção (23).

2.1.2. Odontologia na ESF

Com a implementação do PSF, incorporando a experiência anterior do PACS, a Saúde da Família passa a ser priorizada pelo Ministério da Saúde como a estratégia para reorganizar o modelo de atenção, constituindo as bases conceituais e operacionais do que se denomina “Atenção Básica a Saúde” (ABS) no Brasil. A proposta está ancorada nos princípios básicos de substituição da atenção básica tradicional, integralidade e hierarquização da atenção, territorialização e cadastramento da população e equipe multiprofissional, enfrentando o desafio de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e equitativa (3, 29).

A ESF, implantada para reorientar a atenção primária à saúde sob os princípios do SUS, está ganhando relevância em função das crescentes evidências de sua maior adequação, desempenho e efetividade em comparação ao modelo tradicional (30).

O PSF trouxe uma importantíssima contribuição na estruturação de serviços de saúde do país ao deixar o conceito de assistência, socialmente irresponsável, pois restringe essa responsabilidade a quem procura esses serviços, para enfatizar o conceito de cobertura, definindo a aceitação de uma responsabilidade social – a oferta de ações de saúde voltadas a atender as necessidades e demandas de uma população definida. Passa de uma postura

reativa para uma postura proativa (31).

As políticas públicas na área da Saúde Bucal implementadas pelo Ministério da Saúde (25) como a criação e inclusão de equipes de saúde bucal na ESF e implantação dos centros de especialidades odontológicas (CEO), têm direcionado para atividades capazes de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal (32).

São praticamente raros os trabalhos publicados após a inserção da saúde bucal na ESF. Chaves & Vieira-da-Silva (33) em sua revisão ressaltam que há poucos estudos sobre como se desenvolvem as práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos públicos no Brasil. Os trabalhos de Serra (34), Roncalli (35) e Peres (36), desenvolvidos nos anos 1990, investigaram algumas intervenções municipais exitosas de reorganização das ações odontológicas no setor público em Curitiba (Paraná), Campinas (São Paulo), Belo Horizonte e Ipatinga (Minas Gerais). Nesses casos, o principal fator relacionado ao êxito tem sido o apoio do governo local. Esses estudos apontam para a importância da investigação também dos componentes da gestão municipal mais favoráveis para o desenvolvimento da atenção à saúde bucal pública do país (34-36).

2.1.3. Dados epidemiológicos – Pesquisa SB Brasil

Em março de 2004 o Ministério da Saúde lança o “Brasil Sorridente”, política de saúde bucal do Governo Federal, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Cinco frentes de ação foram estabelecidas, entre elas a ampliação do atendimento na rede básica com a ampliação das ESB (37).

Sete anos após o lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, conclui em 2011 o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, e o crescimento das equipes de saúde bucal chegou a 390%.

3. Projeto de Pesquisa

3.1. Metodologia

Em sete das 45 UBS do município com consultório odontológico foram implantadas a partir de maio/junho de 2012 as primeiras equipes de saúde bucal. Precisamente nas UBS Barro Duro (6.000 hab), Vila Princesa (2.862 hab), Vila Municipal (3.000 hab), Sanga Funda (3.058 hab), Colônia Cordeiro de Farias (1.209 hab), Colônia Pedreiras (1.487 hab) e Colônia Cerrito Alegre (3.521 hab). Essas UBS foram as primeiras a receberem as ESB porque respeitavam a proporção de uma ESB para cada ESF instalada (39).

Para o preenchimento das sete vagas de cirurgião-dentista na ESB, foi realizado processo seletivo interno. O objetivo foi identificar entre os profissionais da rede atuantes do modelo tradicional, quais apresentavam melhor perfil para o trabalho na lógica da ESF.

No modelo tradicional, o profissional cirurgião-dentista tem carga horária de 20 horas semanais e trabalha de forma isolada, enquanto que no modelo de equipe de saúde bucal a carga horária é de 40 horas semanais e o cirurgião-dentista tem a disposição auxiliar de saúde bucal, com a mesma jornada de trabalho.

A amostra do estudo será composta dos procedimentos registrados na ficha de PMA2C realizados pelas sete equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família e pelos cirurgiões-dentistas do modelo tradicional todos profissionais atuantes no município de Pelotas/RS.

3.1.1. Delineamento do Estudo

Estudo Observacional Seccional.

3.1.2. Justificativa da Escolha do Delineamento

Sendo o objetivo principal deste trabalho comparar o serviço odontológico prestado nas unidades com ESB e aquele prestado pelos

cirurgiões-dentistas do modelo tradicional em Pelotas/RS, num mesmo período de tempo, o delineamento escolhido para realização do estudo proposto é o seccional. Justificam a escolha desse delineamento a execução rápida, logística simples e o baixo custo. Adiciona-se a isso o seu alto poder descritivo e amplo uso para planejamento em saúde (40). Neste tipo de delineamento as informações obtidas referem-se ao mesmo momento, e os dados são individuais. Suas principais aplicações estão ligadas à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais características, tanto individuais como coletivas, distribuem-se em uma determinada população. Um estudo seccional pode ser a melhor estratégia de investigação para se conhecer estimativas de parâmetros como médias, proporções e outras razões ou índices, assim como também as dispersões das características desejadas. Apresenta algumas limitações, enquanto ferramenta para investigações causais, sendo mais adequado para a obtenção de estimativas populacionais como prevalências e médias, ou para levantar hipóteses etiológicas (41).

3.2. Fonte de Dados

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi instituído em 2011 pelo MS. Procurando induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estadual e municipal sobre as equipes de atenção básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O PMAQ utiliza como ferramenta de registro o Relatório PMA2 C que consolida mensalmente, a partir de registros diários, a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área. O instrumento é utilizado nos modelos de atenção PACS, PSF e também na demanda espontânea ou oferta programática (42).

Para possibilitar esse estudo, em Pelotas, também os cirurgiões-dentistas do modelo tradicional foram orientados a preencherem o Relatório PMA2 C.

Portanto, a fonte de dados será a produção de serviços e a ocorrência de situações consideradas como *marcadores* consolidados mensalmente no

relatório do PMA2 C por cirurgiões-dentistas da ESF e do modelo tradicional no período de agosto de 2012 a janeiro de 2013.

3.3. Descrição e Comparação dos Resultados

Para a análise dos indicadores pretende-se verificar a normalidade da distribuição (Teste shapiro-wilk e skewness-kurtosis) e a variância entre as modalidades de atendimento odontológico (teste de Bartlett) (43). Desta forma a estratégia identifica se os indicadores atendem aos pressupostos para comparação de médias e de acordo com os resultados realizar as análises (44) segundo o quadro abaixo:

Quadro 1 – Possibilidades de análises segundo os resultados

Distribuição	Variância homogênea entre os grupos	Método de análise
Normal	Sim	Paramétrico (teste t)
Não	Sim	Transformar dados (transformação logarítmica), e teste paramétrico (teste t)
Não	Não	Não paramétrico (teste-U de Mann-Whitney)

Serão calculadas médias dos totais de procedimentos informados para cada indicador segundo modalidade de atuação – tradicional ou ESB - no período de agosto de 2012 a janeiro de 2013. Devido à diferença de carga horária dos profissionais de acordo com a modalidade de atuação - 20 horas para os profissionais tradicionais e 40 horas para os profissionais das ESB - o número total de procedimentos será ponderado pelo total de turnos/dentista realizados no período. Os turnos trabalhados serão conferidos junto ao setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde.

3.4. Descrição dos Indicadores

ANEXO I

3.5. Logística

O instrucional de preenchimento do PMA2 C foi disponibilizado aos cirurgiões-dentistas visando a padronização dos registros (ANEXO I). Mensalmente os cirurgiões-dentistas enviam o consolidado para a Supervisão de Saúde Bucal do município onde é realizada a dupla digitação dos dados em planilha do Microsoft Excel.

3.6. Revisão das Informações Coletadas

As fichas serão revisadas atentamente para o controle de possíveis erros no preenchimento. Os cirurgiões-dentistas que apresentarem dados discrepantes ou ilegíveis serão contatados no sentido de esclarecimentos e orientação sobre o registro das produções.

3.7. Aspectos Éticos

O estudo será submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Também será submetido a apreciação da Secretaria Municipal de Saúde para autorização da utilização dos dados.

3.8. Orçamento e Financiamento

Quadro 2 – Custos da pesquisa.

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Fotocópias	500 cópias	0,10	50,00

Computador	1	1.200,00	1.200,00
Folhas (A4)	1 pacote (500 c/ folhas)	14,00	14,00
Passagens de ônibus	140 passagens	2,55	357,00
Telefone	280 minutos	0,85	238,00
Envelopes	500	20,00	100,00
Lápis	70 canetas	1,00	70,00
Pen-drive	1	45,00	45,00
Impressão	100 folhas	0,20	20,00
TOTAL			2.094,00

3.9. Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação necessária à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, pela publicação total ou parcial dos achados em periódicos científicos, na imprensa local e prestação de relatório à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde.

3.10. Cronograma de Atividades

O período total estimado para a execução do projeto é de 20 meses. Sendo os primeiros 7 meses dedicados a elaboração do projeto, revisão da literatura, coleta e digitação dos dados e a revisão das informações. Segue com a limpeza e análise dos dados, com posterior redação da monografia com base na literatura e nos achados e entrega final.

4. Relatório do Trabalho de Campo

O trabalho “Caracterização das Práticas Odontológicas Segundo Modalidades de Atendimento: Tradicional X Saúde da Família” surgiu do interesse em conhecer as possíveis diferenças entre ambos os modelos vigentes na rede básica de atenção à saúde. O segundo modelo vem sendo adotado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e é sustentado por uma filosofia baseada em conceitos voltados aos princípios do SUS. Mas a curiosidade em saber qual o impacto prático só poderia ser sanada com uma pesquisa de metodologia científica.

As informações no modelo tradicional são bastante limitadas, basicamente apenas aquelas disponíveis no SIA-SUS e que seriam muito limitadas para verificar as diferenças filosóficas defendidas para o modelo de equipe de saúde bucal e que, inicialmente não eram de interesse do presente estudo. Assim, a Supervisão de Saúde Bucal adotou o formulário do PMA2C para toda a rede de saúde bucal do município desde agosto de 2012. A inexistência de uma via efetiva para entrega dos relatórios à Supervisão ocasionou perdas de alguns relatórios. Nenhum profissional se negou a fazer o preenchimento do relatório, no entanto alguns o fizeram em apenas alguns meses.

O consolidado dos relatórios foi digitado mensalmente. Inicialmente a proposta era de utilizar os dados de 6 meses consecutivos, mas como havia muitos meses faltando e havia tempo hábil, optou-se por utilizar os dados referentes ao período de acompanhamento de 1 ano. Outra razão para isso foi de ter um acompanhamento maior das ESB, pois o início da coleta dos dados foi praticamente 1 mês após a implantação do modelo.

As informações foram digitadas com o uso do programa Microsoft Office Excel versão 2010 e posteriormente inseridas no programa Epidata Analysis versão 3.1.

A fim de permitir comparações entre ambos os modelos quanto a cobertura populacional de primeira consulta odontológica e escovação dental supervisionada, foram utilizados dados populacionais de cobertos e não cobertos por ESB. Esse cálculo não era objeto de pesquisa do projeto, no entanto tornou-se adequado por ser motivo de análise de publicações do

PMAQ.

Houve dificuldades na garantia da fidedignidade dos registros, visto que relatos de esquecimento de realização dos registros por parte dos cirurgiões-dentistas ou equívocos, que foram corrigidos ao longo do período de coleta, foram relatados por ambos os grupos de estudo.

ARTIGO

Modalidade do Manuscrito: Dissertação

Título: Comparação das Práticas Odontológicas Segundo Modelos de Atendimento: Tradicional X Saúde da Família

Title: Comparison of Dental Care Practices According Models: Traditional X Family Health

Título Resumido: Comparação das Práticas Odontológicas

Autores: Leandro Leitzke Thurow¹, Eduardo Dickie de Castilhos², Juvenal Soares Dias da Costa³,

¹ Cirurgião Dentista (UFPEL), Especialista (UFPEL), Mestrando (UFPEL)

² Professor da Unidade de Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas

³ Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Endereço eletrônico de todos os autores:

¹ llthurow@yahoo.com.br

² eduardo.dickie@gmail.com

³ episoares@yahoo.com.br

Autor responsável pela correspondência:

Leandro Leitzke Thurow

Rua Candoca Ferreira, 774 – Bairro Sete de Setembro, São Lourenço do Sul, RS – 96170-000

Fone: (53) 81128284

Email: llthurow@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Descrever e comparar os procedimentos odontológicos prestados nas unidades com equipes de saúde bucal (ESB) e aqueles prestados pelos cirurgiões-dentistas do modelo tradicional.

Métodos: Estudo observacional seccional no município de Pelotas, tomando-se como fonte de dados o relatório do PMA2 C, preenchido por cirurgiões-dentistas de ambos os modelos, no período de agosto de 2012 a julho de 2013.

Resultados: Participaram do estudo 53 cirurgiões-dentistas, 46 do modelo tradicional e 7 do modelo ESB. Diferenças em favor do grupo ESB foram demonstradas, sendo a média da razão de Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas quase 50% maior. Também houve diferença nos indicadores coletivos - Média de Escovação Dental Supervisionada e Média de Procedimentos Coletivos aproximadamente 3 e 48 vezes superior, respectivamente.

Conclusões: Os resultados demonstram que o modelo Equipe de Saúde Bucal, ou as estratégias por ele adotadas, devem se estender a mais habitantes do município.

Palavras-chave: Saúde da Família; Assistência Odontológica Integral; Odontologia Comunitária

ABSTRACT

Objective: To describe and compare the dental procedures performed on units in oral health teams (ESB) and those provided by dentists in the traditional model.

Methods: Cross-sectional observational study in Pelotas, taking as data source of the report PMA2 C, completed by dentists for both models, from August 2012 to July 2013.

Results: 53 dentists, 46 of the traditional model and 7 of the ESB model participated in the study. Differences in favor of the ESB group were demonstrated, with an average ratio Completed Treatments and Consultations Dental First Programmatic almost 50% higher. There were also differences in the collective indicators - Average Supervised Brushing Dental Procedures and Average Collective approximately 3:48 times higher, respectively.

Conclusions: The results demonstrate that the Oral Health Team model, or the strategies adopted by him, shall extend to more inhabitants of the municipality.

Keywords: Family Health; Comprehensive Dental Care; Community Dentistry.

Introdução

O desafio de qualquer gestor é construir políticas públicas de saúde que possam garantir acesso e resolutividade no atendimento, ponderando questões de eficiência. O Programa Saúde da Família (ESF) está posto, desde 1994, como política nacional reestruturante do modelo tradicional de atendimento à saúde¹.

Apesar da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso à saúde bucal ainda permaneceu muito precário. Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicavam que até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista². A partir de 2001, com a inserção das ESB na Estratégia Saúde da Família e com o lançamento do Programa Brasil Sorridente do MS em 2004, o governo brasileiro tentou reorganizar a atenção à saúde bucal prestada à população brasileira. Dentre as diretrizes do Programa Brasil Sorridente, estava que “As ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva”³.

O Projeto SB Brasil que constituiu uma ampla pesquisa nacional foi criado para avaliar a saúde bucal dos brasileiros e foi utilizada para embasar as ações do Programa Brasil Sorridente. Sua primeira edição foi em 2003 e a mais recente em 2010. Os resultados divulgados pelo Ministério da Saúde⁴ demonstraram que, na faixa etária dos 12 anos, houve redução do índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010, colocando o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie, pois, segundo classificação da Organização Mundial de Saúde, o índice CPO deve ficar entre 1,2 e 2,6⁴.

O estudo chamou a atenção para os idosos onde a estimativa foi de que quase 50% referiu capacidade mastigatória insatisfatória, sendo que mais de 3 milhões necessitavam de prótese total e outros 4 milhões de prótese em uma das arcadas⁶, o que orienta para a importância das práticas odontológicas adotadas e seu impacto no futuro da população.

Nos últimos anos, verificou-se a expansão das Equipes de Saúde Bucal no ESF, o número cresceu quase cinco vezes desde sua implantação e estava presente em 85% dos municípios brasileiros quando em 2002 atingiram 41%⁴.

Segundo dados da Sala de Situação do MS⁵, a cobertura populacional das ESB atual é de 36,6%, conforme quadro evolutivo abaixo:

BRASIL SORRIDENTE						
	DEZ/2002	DEZ/2010	DEZ/2011	DEZ/2012	DEZ/2013	abr/2014
Cobertura Populacional	15,2%	34,0%	35,7%	37,0%	37,9%	36,6%
Número de equipes de saúde bucal implantadas	4.261	20.424	21.425	22.203	23.150	23.175
Valores transferidos Fundo a Fundo (R\$ valores em mil)	56.885.788	597.217.800	651.134.100	722.333.880	745.456.190	255.680.200
Fonte: DAB/SAS/MS						

Apesar do crescimento das ESB em todo o Brasil, pouco tem sido feito no sentido de monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos de forma comparativa com o processo de trabalho do modelo tradicional. Chaves & Vieira-da-Silva em sua revisão ressaltaram que poucos estudos foram desenvolvidos enfocando as práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos públicos no Brasil⁷.

Estudo realizado no estado de Pernambuco com o objetivo de analisar o avanço das ações de saúde bucal na ESF observou que o percentual de crescimento dos procedimentos odontológicos básicos foi de 19,19%, enquanto o percentual de evolução das ESB foi de 204,22%⁸. Resultados como esses têm sugerido que a transformação dos serviços básicos de saúde bucal já existentes em ESB tem ocorrido apenas de forma teórica. Na avaliação de Ronzani & Stralen não há uma atuação uniforme das ESF, de

forma que, mesmo com um discurso aparentando novo, o modelo de atenção tradicional, individual curativo, continua se perpetuando de forma hegemônica⁹.

O presente estudo pretendeu avaliar as possíveis diferenças entre as práticas odontológicas no modelo tradicional e as práticas das ESB no modelo ESF no município de Pelotas/RS, onde ambos os modelos são mantidos nos serviços da rede básica.

Metodologia

Em Pelotas, no ano de 2012, a Gestão Municipal referendado pelo Conselho Municipal de Saúde aderiu à política nacional na área de odontologia com a criação das primeiras sete ESB, mediante a transformação de serviços do modelo tradicional de assistência odontológica já existentes. A implantação respeitou a Portaria GM nº 673/03 que estabeleceu a proporção de uma ESF para cada ESB¹⁰. Deve ser ressaltado que o modelo odontológico tradicional ainda se mantém majoritário e está instalado em 84% das unidades básicas de saúde que integram o sistema local.

Foi realizado estudo observacional seccional no município de Pelotas, tomando-se como fonte de dados o relatório do PMA2 C, preenchido por cirurgião-dentista do modelo tradicional e equipe de saúde bucal, no período de agosto de 2012 a julho de 2013.

Pelotas possui uma população de 341.180 habitantes¹¹ e uma renda per capita de R\$ 870,92¹². Conta com 51 UBS (31 com ESF, o que corresponde a uma cobertura populacional de 45,29% deste modelo), 1 Unidade Básica Prisional, 1 Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), 1 Centro de Especialidades, 1 Pronto Socorro, 6 hospitais (2 universitários, 3 filantrópicos e 1 privado), 1 Centro de Especialidades Odontológicas tipo I e 1 Laboratório Regional de Próteses Dentárias. A rede básica

possui 47 consultórios odontológicos, sendo 45 em UBS (12 na zona rural e 33 na zona urbana) e 2 em escolas. Atuam na rede de saúde bucal 66 profissionais cirurgiões-dentistas. Em 7 das 45 UBS que possuem o serviço odontológico, foi implantado o modelo Equipe de Saúde Bucal, passando o profissional cirurgião-dentista a ter carga horária dobrada (dez turnos de atendimento semanal) e a presença do profissional Auxiliar de Saúde Bucal em tempo integral.

Nos relatórios mensais utilizados estava registrada a produção de serviços e a ocorrência de situações consideradas como marcadoras. Foram utilizados, para efeito de análise e cálculos, os seguintes indicadores do PMA2 C:

1ª Consulta Odontológica Programática - Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se uma consulta/ano por pessoa.

Escovação Dental Supervisionada - Escovação dental, com ou sem evidenciação de placas bacterianas, realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Deve ser registrado, a cada mês, o número de pessoas beneficiadas com essa ação, independente da frequência com que a equipe a realiza em diferentes grupos populacionais. Para a efetividade dessa ação a concentração por pessoa deve ser no máximo quatro vezes por ano e no mínimo uma vez ao ano. Portanto, durante o ano deve-se priorizar a expansão da cobertura dessa ação para diferentes grupos populacionais do que repetir a ação para os mesmos beneficiários.

Tratamento Concluído - Consulta que encerra um período de tratamento previsto no plano preventivo-terapêutico. São consideradas consultas com alta e correspondem ao

denominado “Tratamento Completado”, ou seja, realizou todas as ações que se propôs a realizar no plano preventivo-terapêutico.

Urgência - Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

Atendimento a gestantes - Consiste no registro da primeira consulta odontológica realizada em gestantes, visando proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O primeiro atendimento à gestante, realizado pelo cirurgião-dentista, deverá ser registrado uma única vez, independente da quantidade de procedimentos realizados e da frequência do atendimento (diária, semanal ou quinzenal) no mês.

Encaminhamento para Atenção Secundária em Saúde Bucal – Consiste na realização de encaminhamento, quando pertinente, para unidades de referência da atenção especializada em saúde bucal, como endodontia, periodontia, cirurgia oral, estomatologia, prótese dentária, implantodontia, ortodontia entre outros.

Diagnóstico de alteração na mucosa – Consiste em detectar alterações na mucosa bucal encontradas durante exames bucais de rotina ou campanhas. Essas alterações podem ser processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas ou virais), doenças mucocutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas. Deve ser registrado o número de indivíduos com alterações de mucosa bucal.

Procedimentos coletivos I (PC I) - Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas em saúde bucal tais como bochechos fluorados, aplicação tópica de flúor gel e atividades educativas. Podem ser realizados no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais. Os procedimentos devem ser oferecidos de forma contínua e seus componentes devem ser registrados.

As médias de produção foram calculadas por turno trabalhado, considerando 2 turnos diários para as equipes de saúde bucal e 1 turno diário para o modelo tradicional. Foi consultada a ficha funcional de todos os profissionais e foram excluídos dias de férias, folgas, licenças e faltas.

O critério de inclusão para o presente estudo foi o profissional cirurgião-dentista estar lotado e cumprir todos os turnos de trabalho na mesma UBS.

Os critérios de exclusão do estudo foram quando os cirurgiões-dentistas estavam lotados em mais de uma UBS, carga horária dividida entre UBS e atividades administrativas, lotados em escola, exonerados, em licença maternidade, transferidos de função ou aposentados no período. Desta forma foram excluídos 13 cirurgiões-dentistas do modelo tradicional. A produtividade foi calculada sobre o total de turnos trabalhados e relatórios entregues.

Foram utilizados no estudo 388 relatórios correspondendo a uma média de 7,32 relatórios utilizados por profissional, sendo a mediana igual a 10.

Para efeito de cálculos de cobertura populacional dos serviços odontológicos de 1ª Consulta Odontológica Programática e Escovação Dental Supervisionada foi considerada a média de cobertura populacional das sete equipes de saúde bucal que é de

3.019,57 habitantes como referência de cobertura para os serviços dos cirurgiões-dentistas do modelo tradicional. O número de pessoas cobertas pelo modelo tradicional foi, portanto, estimado em 138.900,22. Como fonte de dados de produção foi utilizado o SIA-SUS.

Foi descrita a frequência das variáveis categóricas segundo o tipo de modelo. Utilizou-se o teste estatístico Exato de Fischer. Utilizou-se $p < 0,05$ para considerar diferença estatisticamente significativa. Foram calculadas as médias das variáveis contínuas segundo o tipo de modelo e o teste de Bartlett para avaliar a homogeneidade da variância. Nos casos em que o teste foi $< 0,05$, indicando heterogeneidade na variância, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Para o cálculo da cobertura (percentual de cobertura de 1ª consulta e percentual de cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada) utilizou-se o comando CII do Stata para determinar o intervalo de confiança.

O Projeto foi submetido ao Parecer Consubstanciado do CEP da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, através da Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Parecer nº 383.121, em 21 de agosto de 2013.

Resultados

Contribuíram com relatórios para este estudo 53 cirurgiões-dentistas, sendo 46 do modelo tradicional e 7 do modelo equipe de saúde bucal. Entre os profissionais, não houve diferença no tempo médio de formação. No grupo tradicional a média foi de 18,2 anos de atuação enquanto no grupo ESB foi de 15,4 anos (p-valor 0,47). Quanto à distribuição dos títulos de especialistas nos dois grupos, embora não significativo, verificou-se que 100% das profissionais da ESB possuíam pelo menos uma

especialização, enquanto 15,2% do modelo tradicional não tinham especializações (valor de p utilizando o exato de Fisher).

Na comparação dos grupos tradicional e ESB não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas médias dos indicadores de Primeira Consulta Odontológica Programática, Tratamento Concluído, Atendimento de Urgência, Atendimento à Gestante, Encaminhamento para Atenção Secundária e Alteração de Mucosa (Tabela 1).

Houve diferença na média da razão de Tratamentos Concluídos/Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, sendo quase 50% maior no grupo ESB. Também houve diferença em favor do modelo ESB nos indicadores Média de Escovação Dental Supervisionada e Média de Procedimentos Coletivos aproximadamente 3 e 48 vezes superiores, respectivamente.

O total de primeiras consultas odontológicas programáticas na ESB foi de 3.039, o que corresponde a 14,37% (IC 13,90-14,85) de cobertura de utilização do serviço da população adscrita. Já no modelo tradicional o percentual de cobertura foi de 13,95% (IC 13,77–14,13), correspondendo ao número de primeiras consultas de 19.378 (Tabela 2).

Nas ESB foram registrados 4.767 procedimentos de escovação dental supervisionada, o que corresponde à estimativa de 22,50% (IC 21,94-23,07) de cobertura. No modelo tradicional, o número total de procedimentos de escovação dental supervisionada foi de 6.605, o que equivale a uma estimativa de cobertura de 4,75% (IC 4,64-4,86) (Tabela 2).

Discussão

A mudança no modelo de atenção à saúde bucal com a inclusão da ESB na ESF não vem ocorrendo de maneira uniforme no Brasil, sendo muitas vezes observada de forma teórica⁸ ou mesmo um modelo curativo caracterizado como novo⁹ e ainda há poucos estudos que analisaram as práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos públicos no Brasil⁷. Um dos pressupostos da ESF foi a ampliação do acesso às ações de saúde aos indivíduos e às famílias¹³. Isso sugere que a capacidade instalada de cobertura das ESB e do modelo tradicional não é dimensionada para que se chegue a uma cobertura de 100%, ou seja, os indivíduos que tiveram seu tratamento concluído ou estão livres de doenças podem ter um intervalo de consulta maior que anual. Além do atendimento clínico, esforços são necessários para manutenção dos indivíduos saudáveis.

O serviço de saúde pode ser entendido como um local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, o acesso a ele como o caminho percorrido no sistema na busca da resolução dessa necessidade¹⁴. No caso da saúde bucal, este aspecto pode ser analisado através da relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

O principal resultado nesse estudo foi a diferença favorável ao grupo ESB na média da razão de Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas. Esse resultado pressupõe diferença importante na longitudinalidade e resolutividade entre ambos os modelos. Fatores como garantia de recesso (reagendamento) e capacidade de persuasão dos profissionais das ESB no sentido do usuário compreender a importância de completar o seu tratamento parecem colaborar para essa diferença. A questão do recesso merece ser investigada, visto que aspectos

como a redução de filas e tempo de espera¹⁵ pode ser incipiente na ESB e ainda reconhecida localmente como uma barreira para a conclusão de tratamentos.

A razão de Tratamentos Concluídos/Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas nas ESB foi de 0,46. No modelo tradicional essa razão foi de 0,27. Esses valores permitem afirmar que há dificuldade em concluir tratamentos em ambos os grupos, e indica uma maior resolubilidade no grupo ESB, sugerindo efeito positivo para a reorganização das práticas na lógica do modelo ESF, modelo priorizado pelo Programa Brasil Sorridente e adotada no município de Pelotas. Para melhorar esse indicador, precisam ser reforçadas as estratégias que garantam a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, agendamento, lembrete aos usuários das consultas agendadas, etc.) e garantia de disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados.

No presente estudo o acesso aos serviços de saúde bucal foi medido através de duas formas distintas: média de 1ª Consulta Odontológica Programática por profissional cirurgião-dentista (tabela 1) e Cobertura da 1ª Consulta Odontológica Programática por estimativa da população adscrita. Em ambas as medidas não foram encontradas diferenças significativas entre os modelos. Estudo transversal realizado por Rocha e Goes¹⁶ em Campina Grande (PB) também não mostrou diferença no acesso ao serviço de saúde bucal comparando residentes em áreas cobertas e não cobertas por ESB, porém o acesso foi medido através da entrada do indivíduo no serviço. Pinheiro e Torres¹⁷ destacaram sobre a diversidade e diferenças entre os indicadores utilizados para avaliar a efetividade desses serviços em termos de acesso, reforçando a necessidade de se empreender cuidados na comparação de resultados. Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção dos procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática

daria uma cobertura média nacional de 17%, com uma variação de 5,9% (RO) a 64% (TO). No entanto, é preciso considerar o problema de sub-registro hoje existente dessa produção¹⁸.

Ao se considerar apenas a média de primeiras consultas odontológicas que se apresentou semelhante entre ambos os grupos, poderia ser esperado valor maior no modelo tradicional uma vez que a menor razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas podem possibilitar uma rotatividade maior, enquanto no modelo de ESB as vagas para tratamento clínico ficaram ocupadas para garantir a conclusão dos planos de tratamento.

Também como era esperado frente à diferença da carga horária dos profissionais e a reserva de 15 a 25% da carga horária para essa finalidade no modelo ESB, houve diferença em favor deste nos indicadores coletivos - Média de Escovação Dental Supervisionada e Média de Procedimentos Coletivos, respectivamente, aproximadamente 3 e 48 vezes superior. Esses dois indicadores evidenciaram a característica da ESB sistematizando as práticas coletivas simultaneamente as práticas clínicas, pois visaram também à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada foi realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também permitiu estimar o acesso ao flúor tópico, o meio mais efetivo de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação. Essas ações, quando de amplitude populacional podem colaborar para a redução da incidência das doenças bucais da população¹⁹.

O cálculo da média de escovação dental supervisionada permite verificar a cobertura média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período (trimestral, semestral ou

anual). Nas ESB de Pelotas, no período em estudo, foi registrado um percentual de cobertura de escovação dental supervisionada de 22,5% contra 4,75% no modelo tradicional. Ao se comparar com dados nacionais, observou-se, segundo o SIA-SUS, em 2010 uma produção desses procedimentos potencialmente suficiente para uma cobertura média nacional de 33% com uma variação de 2% (Distrito Federal) a 89% (Ceará)¹¹.

No indicador de atendimento à gestante também seria esperado que fosse maior nas ESB, visto que mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na auto-confiança e no acesso e uso de serviços odontológicos ocorrem a partir do papel dos agentes comunitários de saúde na promoção de saúde bucal¹⁵. Para isso, os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da atenção básica, tanto nas atividades educativas em grupo como no acompanhamento de pré-natal. É preciso considerar que existem vários cirurgiões-dentistas lotados no modelo tradicional, mas com a presença de ESF ou EACS (equipe de agentes comunitários de saúde) na sua UBS, então a organização do trabalho pode contar com o trabalho dos agentes comunitários de saúde, o que contribuiria para a semelhança dos resultados em ambos os grupos estudados quanto a esse indicador. Outro fator que deveria ser considerado como denominador no cálculo da média é o número de gestantes da área no período, número que não é possível obter em áreas sem cobertura de ESF ou EACS.

A média de atendimentos de urgência no grupo ESB é inferior à metade da média apresentada no grupo tradicional, porém não significativo estatisticamente. Esse indicador só teria redução justificada em longo prazo, conforme a atenção odontológica torna-se mais integral, com foco na promoção da saúde bucal, permitindo avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento

programático regular. A utilização regular dos serviços odontológicos traz menor probabilidade de sentir dor de dente²⁰, ou agudização dos problemas odontológicos.

O indicador de taxa de incidência de alterações da mucosa oral expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pelos profissionais de saúde bucal, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na Atenção Básica, isto é, o quanto a equipe está mobilizada para a avaliação e diagnóstico precoce de alterações da mucosa oral. O rastreamento do câncer da cavidade bucal pode ser útil para detectar lesões pré-malignas e lesões de câncer, favorecendo o tratamento antes da instalação da doença e possibilitando uma melhor qualidade de vida a partir do diagnóstico precoce²¹. Este indicador é calculado a partir do registro de diagnósticos de alterações da mucosa oral encontradas em exames bucais de rotina ou campanhas, visando, principalmente, a prevenção do câncer de boca. Não houve diferença significativa entre ambos os grupos.

Finalmente, é importante considerar que os dados aqui discutidos são oriundos dos serviços de saúde, devendo ser considerada toda a sua complexa rotina diária onde muitos foram os produtores de dados. A principal limitação deste estudo é a falta de controle sobre os registros efetuados pelos cirurgiões-dentistas e eventuais relatos de inconsistências no decorrer da coleta de dados. Os dados colhidos não permitem revisão. O processo de trabalho em saúde bucal na rede básica de Pelotas está em constante aprimoramento, marcado especialmente com o lançamento do documento Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas²², portanto os resultados aqui encontrados só podem ser considerados como válidos para o período da pesquisa. Pesquisas avaliativas devem ser desenvolvidas inclusive para o próprio aprimoramento dos serviços e como uma forma de maior aproximação entre a academia e o serviço.

Conclusão

O presente estudo demonstrou diferenças importantes entre as práticas odontológicas em favor do grupo com ESB, sendo a média da razão de Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas quase 50% maior. Também houve diferença nos indicadores coletivos - Média de Escovação Dental Supervisionada e Média de Procedimentos Coletivos aproximadamente 3 e 48 vezes superior, respectivamente.

Os resultados positivos obtidos demonstram que o modelo ESB, ou as estratégias por ele adotadas, devem se estender àqueles habitantes do município que mais precisam a fim de proporcionar melhor equidade com o aumento da proporção de tratamentos concluídos/1ª Consulta Odontológica e maior abrangência das atividades coletivas.

Referências

1. Marques RM, Mendes A. O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho? [Internet] 2001 [acessado 2005 out 26] cerca de 17 p. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5415>.
2. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998: Brasil / IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/#>

6. Dias da Costa JS, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(1): 79-88.
7. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1119-31.
8. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS 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 Colet* 2011; 16(1):211-220.
9. Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Rev APS* 2003; 6:7-22.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM, de 4 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica-PAB. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2003 jun 4.*
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=43&idtema=119&codv=v01&search=rio-grande-do-sul/canoas/estimativa-da-populacao-2013>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi/exe?ibge/censo/cnv/rendas.def-renda_2010
13. Brasil. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2000 dez.*
14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):463-71.

16. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(12):2871-2880.
17. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. Ciên Saúde Colet 2006; 11:999-1010.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc Saúde Colet 2010; 15(1):161-170.
20. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:1073-8.
21. Gigante EC, Guimarães JP. A trajetória da saúde bucal pelas Políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. Caderno Saúde e Desenvolvimento 2013; 3(2):66-77
22. Thurow LL, Laroque, MB, Elias, RV, Bighetti, TI. Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas/RS. Setembro/2013. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/arquivos/Diretrizes-Saude-Bucal-de-Pelotas%5B17-12-2013%5D.pdf>

Tabela 1 – Média de produtividade por turno de trabalho segundo procedimento e tipo de atendimento (Pelotas, 2012/2013). Fonte de dados ficha PMA2C.

Variável	Tradicional média	Desvio padrão	ESB média	Desvio padrão	Valor p #
1ª Consulta Odontológica Programática	1,65	1,2	1,11	0,6	0,202*
Razão de tratamentos concluídos/1ª Consulta	0,23	0,19	0,45	0,13	0,006
Escovação Dental Supervisionada	0,63	0,99	1,74	0,80	0,007
Tratamentos concluídos	0,40	0,36	0,49	0,31	0,565
Atendimento de urgência	0,45	0,45	0,20	0,15	0,199*
Atendimento a gestante	0,07	0,13	0,03	0,05	0,594*
Encaminhamento atenção secundária	0,28	0,39	0,20	0,10	0,473*
Alteração de mucosa	0,02	0,08	0,03	0,05	0,885
Procedimentos coletivos	0,05	0,22	2,43	1,52	<0,001*

#Valor de p utilizando o exato de Fisher. *Kruskal Wallis.

Tabela 2 – Média comparativa de cobertura de primeira consulta odontológica programática e escovação dental supervisionada (Pelotas, 2012/2013). Fonte PMA2C e SIA SUS.

Variável	População coberta por ESB* %(IC 95%)	População não coberta por ESB# %(IC 95%)
Percentual de cobertura de 1ª consulta	14,37(13,90-14,85)	13,95(13,77–14,13)§
Percentual de cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada	22,50(21,94-23,07)	4,75(4,64-4,86)§

*Estimada em 21.137 pessoas e recebeu 3.039 1ª Consultas Odontológicas Programáticas e 4.767 procedimentos de escovação dental supervisionada no período; #Estimada em 138.900,22 pessoas e recebeu 19.378 1ª Consultas Odontológicas Programáticas e 6.605 Escovações Dentais Supervisionadas; §Fonte SIA SUS

6. Nota para Imprensa

Os Serviços de Saúde Bucal nos Postos de Saúde de Pelotas

Os serviços de saúde bucal do município de Pelotas têm passado por um intenso processo de reorganização e ampliação nos últimos anos. Entre as mais significativas, as criações do 1º Centro de Especialidades Odontológicas, do serviço de próteses dentárias e das primeiras equipes de saúde bucal. Estas, como uma proposta de reorganização do modelo dos serviços básicos ofertados em odontologia em 45 dos 51 postos de saúde do município.

A criação das primeiras equipes de saúde bucal no ano de 2012, onde o cirurgião-dentista passa a trabalhar juntamente com o auxiliar em saúde bucal e tem foco de trabalho voltado para atividades de prevenção, foi motivo de estudo para avaliação dos possíveis benefícios para a saúde bucal da população pelotense em comparação ao modelo tradicional. O modelo de equipes de saúde bucal está implantado desse aquele ano nas UBS Barro Duro, Vila Municipal, Vila Princesa, Sanga Funda e Colônias Cerrito Alegre, Cordeiro de Farias e Pedreiras, oferecendo uma cobertura estimada de 21.137 pessoas.

O estudo demonstrou diferenças importantes entre as práticas odontológicas em favor das equipes de saúde bucal, sendo a média da razão de Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas quase 50% maior. Isso demonstra que as equipes de saúde bucal são mais resolutivas. Também houve diferença nos indicadores coletivos - Média de Escovação Dental Supervisionada e Média de Procedimentos Coletivos aproximadamente 3 e 48 vezes superior, respectivamente. Esses indicadores apontam que o modelo também consegue se dedicar mais as práticas de educação em saúde bucal, focando na prevenção!

Os resultados positivos obtidos demonstram que a oferta do modelo Equipe de Saúde Bucal, ou as estratégias por ele adotadas, devem se estender a mais habitantes do município, especialmente de áreas mais pobres, a fim de oferecer mais serviços àqueles que mais precisam.

7. Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do recenseamento demográfico 2010. Brasília: IBGE; 2010.
2. Viana AL DM. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Rev C S Col. 2005;15. Epub 264.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.1996.
4. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2008. Epub15.
5. Boaretto, PP. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.1996.
7. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2008. Epub16.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
9. PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) Epidemiologia e saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p.567-86.
10. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. Brasil. Cad. Saúde Publica 2005; 21(4):1026-1035.
11. Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. [acessado 2003 dez 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.Br/bucal>
12. Narvai PC. Saúde bucal no PSF. SUS ou SUSF? Jornal do Site Odonto [periódico na Internet]. 2001 [acessado 2003 out 20]; 3(37). Disponível em: <http://www.jornal dosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8. Html>
13. Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.

14. Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
15. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Odontol 2001; 2:7-29.
16. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública 1998; 14:429-35.
17. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis (Rio J) 1998; 8:11-48.
18. Brasil. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.
19. Calado GS. A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
20. Haddad AE, Morita MC. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e de educação. Artes Médicas; 2006.
21. Castro MSM, Travassos CCMS. Impact of health services delivery on hospital admission utilization in Brazil. Rev Saúde Pública 2005;39.
22. Zanetti C. Opinião: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanço no SUS 2002. [Acessado em fevereiro/2013]. Disponível em: <http://saudebucalcoletiva.unb.br>.
23. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação a integralidade: construindo e (dê)sconstruindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) em Alagoinhas, BA. Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(1):53-61.
24. Secretaria de Atenção Básica. Manual do sistema de informação de atenção básica In: Secretaria de Assistência à Saúde, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. p. 98.
25. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Rev C S Col 2003;8(2):599-609.
27. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

28. Figueiredo GO, Brito DTS, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Rev C S Col 2003;8(3):753-63.
29. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
30. Facchini LA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(3). Epub 681.
31. Lobo SC. Documento de Referência 2 - Marco Conceitual da Universidade Aberta do SUS 2008. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_marco_conceitual_unasus.pdf
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
33. Chaves SLC, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Caderno de Saúde Pública. 2007;23(11):19-31.
34. Serra CG. A saúde bucal como política de saúde: análise de três experiências recentes [dissertação]. Niterói, Campinas e Curitiba; 1998.
35. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
36. Peres MMA. A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso no Município de Ipatinga, MG, Brasil 1989-1994 [dissertação]. 1995.
37. Lourenço EC, Silva ACB, Mebeghin MC, Pereira AC. A injeção de equipes de saúde bucal o programa de saúde no estado de MG 2009 março de 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009
38. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.372 GM/MS, de 07 de outubro de 2009. 2009.
39. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES 19/2003. 2003. Governo do Estado do Rio Grande do Sul - Secretaria Estadual de Saúde.
40. Rouquayrol M, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. Links.37-82.

41. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
42. Saúde Md. 2012 [cited 2012 março de 2012]; disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/>.
43. D AG. Statistics with Confidence: Confidence Intervals and Statistical Guidelines. 2000.
44. Kirkwood BR e Sterne JAC. Medical Statistics. Australia: Blackwell, 2003. p. 501.

ANEXO

ANEXO I

Relatório PMA2-C, frente, Parte 4 – Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista, orientação para o preenchimento

TIPOS DE ATENDIMENTO DO CIRURGIÃO DENTISTA - Este bloco consolida os tipos de atendimentos do cirurgião dentista, de registro diário (Ficha D - Complementar), realizados na população residente da área de abrangência da equipe:

1ª Consulta Odontológica Programática, Escovação Dental Supervisionada, Tratamento Concluído, Urgência, Atendimento a Gestantes e Instalações de Próteses Dentárias.

1ª Consulta Odontológica Programática - Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se 01 (uma) consulta/ano por pessoa.

Uma **1ª Consulta Odontológica Programática** só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa, 12 meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento, seis meses após a última consulta. Não devem ser considerados para cálculo desse indicador os atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista.
- Idade Mínima: 0 (zero) Mês
- Idade Máxima: 110 anos

Escovação Dental Supervisionada - Escovação dental, com ou sem evidenciação de placas bacterianas, realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Deve ser registrado, a cada mês, o número de pessoas beneficiadas com essa ação, independente da frequência com que a equipe a realiza em diferentes grupos populacionais (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano). Para a efetividade dessa ação a **concentração por pessoa** deve ser no máximo quatro vezes por ano e no mínimo uma vez ao ano. Portanto, durante o ano deve-se priorizar a expansão da cobertura dessa ação para diferentes grupos populacionais do que repetir a ação para os mesmos beneficiários.

Características do registro:

- Atividade coletiva realizada pelo cirurgião dentista, ou por profissionais de nível médio ou Agentes Comunitários de Saúde com supervisão do Cirurgião Dentista.
- Idade Mínima: 3 anos
- Idade Máxima: 110 anos

Tratamento Concluído - Consulta que encerra um período de tratamento previsto no plano preventivo-terapêutico. São consideradas consultas com alta e correspondem ao denominado “Tratamento Completado”, ou seja, realizou todas as ações que se propôs a realizar no plano preventivo-terapêutico.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista
- Idade Mínima: 0 (zero) Mês
- Idade Máxima: 110 anos

Urgência - Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas Unidades

Básicas de Saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista
- Idade Mínima: 0 (zero) Mês
- Idade Máxima: 110 anos

Atendimento a gestantes - Consiste no registro da **primeira** consulta odontológica realizada em gestantes, visando proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O primeiro atendimento à gestante, realizado pelo cirurgião-dentista, deverá ser registrado uma única vez, independente da quantidade de procedimentos realizados e da frequência do atendimento (diária, semanal ou quinzenal) no mês.

Ressalta-se que esta 1ª consulta à gestante também deverá ser registrada em **“1ª Consulta Odontológica Programática”**.

Lembrando que, ao final do tratamento, a conclusão será registrada no SIAB, por meio do Relatório PMA-C, como **“Tratamento Concluído”**. Caso seja necessário o acompanhamento mais frequente da gestante para algum **tratamento**, esses procedimentos, específicos da saúde bucal, serão registrados apenas no Sistema de Informação Ambulatorial/SIA-SUS.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista
- Idade Mínima: 10 anos
- Idade Máxima: 59 anos

Instalações de próteses dentárias - Consiste no procedimento de instalação do aparelho protético (Prótese Total Maxilar, Prótese Total Mandibular, Prótese Parcial Maxilar Removível e Prótese Parcial Mandibular Removível).

Deve ser registrado o número de instalações de próteses dentárias, sejam elas próteses totais, parciais removíveis ou fixas. Não registrar os retornos de adaptação à prótese no SIAB, realizar apenas no SIA-SUS.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista
- Idade Mínima: 15 anos
- Idade Máxima: 110 anos

Relatório PMA2-C, frente, Parte 5 – Encaminhamento da Saúde Bucal, orientação para o preenchimento

ENCAMINHAMENTO DA SAÚDE BUCAL - neste item o cirurgião dentista (apenas o CD) deve registrar o total de encaminhamentos que fez para atenção secundária em saúde bucal.

Encaminhamento para a Atenção Secundária em Saúde Bucal - Consiste na realização de encaminhamento, quando pertinente, para unidades de referência da atenção especializada em saúde bucal, como endodontia, periodontia, cirurgia oral, estomatologia, prótese dentária, implantodontia, ortodontia entre outros.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista
- Idade Mínima: 0 (zero) Mês
- Idade Máxima: 110 anos

Relatório PMA2-C, frente, Parte 6 – Marcador de Saúde Bucal - Diagnóstico de alteração na mucosa, orientação para o preenchimento

MARCADOR DE SAÚDE BUCAL - neste item o cirurgião dentista (apenas o CD) deve registrar o total de diagnósticos que fez.

Diagnóstico de alteração na mucosa - Consiste em detectar alterações na mucosa bucal encontradas durante exames bucais de rotina ou campanhas. Essas alterações podem ser processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas ou virais), doenças mucocutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas. Deve ser registrado o número de indivíduos com alterações de mucosa bucal.

Características do registro:

- Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista
- Idade Mínima: 0 (zero) Mês
- Idade Máxima: 110 anos

Procedimentos Coletivos I (PC I)- Os procedimentos deste conjunto **não** deverão ser registrados diariamente. Ao final do mês deve ser informado na coluna “total” o número de pessoas cobertas (pessoas/mês) independente da idade.

Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas em saúde bucal realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal) e cujos componentes que devem ser registrados estão descritos abaixo:

- *Bochechos Fluorados* - bochecho de solução fluoretada, realizado sistematicamente por grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde bucal, podendo ter periodicidade semanal ou quinzenal, caso a solução de fluoreto de sódio tenha a concentração de 0,2%, ou diariamente, caso a concentração seja de 0,05%.
- *Aplicação Tópica de Flúor Gel* - aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23%, realizada sistematicamente por grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde bucal,

utilizando-se escova dental, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação.

- *Atividades Educativas em Saúde Bucal* - atividade que enfatizar os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno etc.) e que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

Obs.: Para atividades de *Bochechos Fluorados* e *Aplicação Tópica de Flúor Gel* recomendase seguir as orientações do **Guia de recomendações para o uso de Fluoretos no Brasil**, disponível no site: www.saude.gov.br/bucal.

Ficha de Relatório PMA2 Complementar (frente e verso):

Relatório PMA2-C	 PREFEITURA DE PELOTAS		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		
MUNICÍPIO 4 3 1 4 4 0 7	SEGMENTO _ _	UNIDADE _ _ _ _ _ _ _	ÁREA _ _ _	MÊS _ _	ANO _ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO		
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada	
	Demanda Imediata	
	Cuidado Continuado	
	Urgência com Observação	
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool	
	Usuário de drogas	
	Saúde Mental	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática	
	Escovação Dental Supervisionada	
	Tratamento Concluído	
	Urgência	
	Atendimento a gestantes	
	Instalações de próteses dentárias	
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal	

MARCADOR DE SAÚDE BUCAL	
Diagnóstico de alteração na mucosa	

Relatório PMA2	 PREFEITURA DE PELOTAS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			
MUNICÍPIO 4314407	SEGMENTO _ _	UNIDADE _ _ _ _ _ _ _	ÁREA _ _ _	MÊS _ _	ANO _ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO		
CONSULTAS MÉDICAS	Residentes fora da área de abrangência	
	< 1	
	1 - 4	
	5 - 9	
	10 - 14	
	15 - 19	
	20 - 39	
	40 - 49	
	50 - 59	
	60 e mais	
	Total	
Total geral de consultas		
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	
	Pré-Natal	
	Prevenção do Câncer	
	DST/AIDS	
	Diabetes	
	Hipertensão Arterial	
	Hanseníase	
	Tuberculose	
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica	
	Radiodiagnóstico	
	Citopatológico cérvico-vaginal	
	Ultrassonografia	
	Outros	
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado	
	Internação Hospitalar	
	Urgência/Emergência	
Internação Domiciliar		
PROCEDIMENTOS	Atendimento específico para AT	
	Visita de Inspeção Sanitária	
	Atend. individual Enfermeiro	
	Atend. individual outros prof. nível superior	
	Curativos	
	Inalações	
	Injeções	
	Retirada de pontos	
	Terapia da Reidratação Oral	
	Sutura	
	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
	Reuniões	

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Pneumonia em < 5 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

ANEXO II

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS SEGUNDO MODALIDADES DE ATENDIMENTO: TRADICIONAL X SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Leandro Leitzke Thurow

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18455913.4.0000.5337

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 383.121

Data da Relatoria: 21/08/2013

Apresentação do Projeto:

Está adequada

Objetivo da Pesquisa:

Está de acordo com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informa os riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados

Recomendações:

Não possui

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não possui

Endereço: Praça Piratini de Almeida, 53

Bairro: Centro

CEP: 96.015-290

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (533)284-4728

Fax: (533)284-4701

E-mail: provedoris@santacasadepelotas.com.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 383.121

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 04 de Setembro de 2013

Assinador por:

SIMONE COELHO AMESTOY
(Coordenador)

Endereço: Praça Firminino de Almeida, 53

Bairro: Centro

CEP: 96.015-290

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (533)284-4728

Fax: (533)284-4701

E-mail: provedoria@santacasadepelotas.com.br