



SAÚDE BUCAL: O DESEMPENHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO LESTE MINEIRO

Autor: Marcus Brandão Silva

Orientadora: Soraia Ferreira Caetano de Carvalho

Curso: Odontologia Período: 9ª Área de Pesquisa: Saúde Coletiva

Resumo: A atenção em saúde bucal no Brasil sofreu durante anos, inegáveis transformações, principalmente a partir de 1994 quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família-PSF. Este programa além de propor um modelo baseado em promoção de saúde buscou aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos. Em 2006 o Ministério da Saúde, no intuito de fortalecer a atenção básica à saúde transforma o Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família. O distrito de Realeza do município de Manhuaçu iniciou o atendimento de saúde bucal da sua população a partir de 2004, ainda quando estava no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, programa que antecedeu no Brasil ao PSF. Mesmo no PACS já existia atendimento odontológico. Este trabalho buscou mostrar o desempenho desta equipe na área odontológica, sua população alvo e procedimentos realizados no ano de 2019. Os resultados apontam para uma necessidade de maior investimento no atendimento de crianças e adolescentes, tanto na prevenção quanto em procedimentos curativos.

Palavras-chave: saúde bucal, programa saúde da família, equipe

1. INTRODUÇÃO

A cárie dental, ao longo do século XX, foi vista como uma doença pandêmica, tamanho índice de prevalência no hemisfério ocidental. Já nas últimas décadas, uma melhoria significativa pôde ser percebida a partir da inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PINTO, 2015).

Visando fortalecer a Atenção Primária à Saúde, o PSF implantado no Brasil em 1994, foi transformado em Estratégia Saúde da Família a partir, já que esse é um modelo que visa a assistência à saúde contínua, formalizando o vínculo de uma equipe multidisciplinar com o uma população adscrita, dentro de um território previamente delimitado.

Este modelo foi amplamente difundido no Brasil, baseado na experiência de Cuba do Médico de Família, trouxe uma nova forma do “fazer saúde”, mais voltado para a promoção de saúde, prevenção de doenças e projetos contínuos tanto individuais quanto coletivos.

A partir do ano 2000, através da Portaria 1444 do Ministério da Saúde, a equipe de saúde bucal composta por um cirurgião-dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal-ASB modalidade I ou um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e uma técnica de Saúde Bucal-TSB- modalidade II, foi incluída no então Programa Saúde da Família-PSF. No princípio era uma equipe para cada duas equipes de PSF (BRASIL, 2000). Na região Leste do Sul essa implantação intensificou de forma crescente a partir de 2003. Com incentivos estaduais foi criado o Programa Saúde em Casa do Governo de Minas Gerais, trabalhando a estruturação das Unidades de Saúde -UBS e a capacitação das equipes. Os municípios passaram a receber incentivos financeiros de acordo com o Índice de Necessidade em Saúde-INS (MINAS GERAIS, SES, 2013). Manhuaçu, polo de uma região de saúde do Leste de Minas, investiu também neste novo modelo, no início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, depois com o Programa de saúde da Família- PSF e atualmente com a Estratégia Saúde da Família.

Em Realeza, distrito de Manhuaçu e *locus* deste estudo, a implantação do PACS aconteceu em 2004 e a partir de 2018 implantou-se então a equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

O Objetivo deste trabalho, numa visão de análise qualitativa de dados produzidos em 2019, é avaliar o desempenho dessa equipe na saúde bucal da população de Realeza, fomentando questões que possam balizar uma melhoria nos indicadores de saúde bucal desta região do município de Manhuaçu.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

2.1.1 Saúde pública no Brasil

Durante o processo de redemocratização no Brasil, foi a sociedade civil, não o governo ou qualquer partido político, que lançou uma iniciativa que defendia e implementava com sucesso um sistema público de saúde universal - o Sistema Único de Saúde (SUS). O fato de o SUS ter essa assinatura cívica pode ser visto até os dias de hoje, já que mensalmente os Conselhos Municipais de Saúde garantem o engajamento da sociedade civil em processos de tomada de decisões locais (MERHY et al., 2016).

A criação do SUS no final da década de 1980 foi um movimento revolucionário. Durante um período de crise econômica em que quase todos os países latino-americanos começaram a experimentar políticas neoliberais, inclui a privatização, o Brasil fundou um sistema de saúde universal que garantiu a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde gratuitos. Em 2008, o uso da atenção primária à saúde aumentou 450% (FALKENBERG et al., 2014).

Com a criação do SUS, o entendimento da saúde foi redefinido. Houve uma mudança da dimensão biomédica centrada no hospital para uma abordagem holística, que reconhece a prevenção e promoção da saúde, bem como fatores socioeconômicos e culturais. Esses princípios foram incorporados à Constituição brasileira em 1988, na qual a saúde universal e equitativa passou a ser um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (SILVA, SILVA e BOUSSO, 2011).

Para traduzir as ideias do SUS, o Programa Saúde da Família foi criado em 1994 e se tornou estratégia nacional em 2006. O PSF segue uma abordagem comunitária, estabelece uma estreita relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Ele serve como a porta de entrada universal para todas as preocupações primárias de saúde e é baseado em princípios como continuidade, abrangência e coordenação dos cuidados de saúde. Poucos países no mundo cumprem a promessa do Brasil de fornecer saúde universal e gratuita como um direito constitucional (MERHY et al., 2016).

No Brasil, a saúde pública possui uma agenda política e social impulsionada por diversos setores da sociedade, como sindicatos, comitês institucionais, partidos políticos, entre outros. Nos anos 1970, enquanto o país ainda vivia sob a ditadura militar, a saúde pública passou a fazer parte do debate público, promovido pelos movimentos sociais de esquerda no amplo espectro de discussões sobre democratização (BULGARELI, 2014).

Esses movimentos pressionaram pela redução das desigualdades sociais e pelo estabelecimento de direitos políticos e jurídicos para a promoção desses objetivos. A saúde é simultaneamente um direito social e constitucional fundamental e não pode ser eliminada por quaisquer emendas. Entre os princípios constitucionais a serem observados na implementação das políticas de saúde estão a universalidade e a equidade (FALKENBERG et al, 2014). O primeiro garante o acesso à saúde para toda a população, o segundo permite um tratamento igual para a população, ao mesmo tempo que permite ter em conta a desigualdade prevê-se que os recursos sejam disponibilizados às regiões geográficas e aos sectores da população que mais deles necessitam. O governo brasileiro é obrigado a fornecer assistência médica universal gratuita para a população, independentemente da renda (SILVA, SILVA e BOUSSO, 2011).

A integralidade da atenção voltada para a prevenção de doenças é outro princípio constitucional. Isso não significa oferecer menos cuidados de saúde aos pacientes que já estão doentes. O estado tem o dever de fornecer tratamento para as doenças e, se não for possível, deve proporcionar a cura, melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Um tipo de medidas preventivas são as vacinas gratuitas contra hepatite, febre amarela, pneumonia, gripe e HPV, entre outras. Mais de 90% de todas as vacinas no Brasil são feitas pelo SUS. No entanto, em um país com 200 milhões de habitantes, a implementação do direito constitucional de acesso universal e equitativo à saúde não é fácil e o ideal nem sempre corresponde à realidade (MERHY et al., 2016).

Segundo Starfield (2002), Estratégia Saúde da Família-ESF é essencial para a reorganização, para uma atenção básica de qualidade no Brasil, sendo de suma

importância no diagnóstico e no processo de trabalho da equipe. A principal atividade da equipe e o maior desafio atualmente é organizar as ações em atenção no nível básico. A atenção básica tem como prioridade e objetivo, possibilitar o acesso a saúde e sua continuidade aos serviços de saúde com sua qualidade e referência sendo a porta principal de acesso para o sistema. Segundo essa autora, dentro do programa existem pilares a serem seguidos nos quais se destacam a reorganização do modelo e seu cuidado, visando um processo humanizado de trabalho, a responsabilidade com os serviços prestados, e principalmente um cuidado e formações de desenvolvimento nas ações em criança, adolescentes e idosos.

Starfield (2002), também evidencia que o êxito do sucesso do programa também depende de um bom planejamento com profissionais capacitados em conjunto com a comunidade, saber planejar levará ao profissional a uma boa execução e resultados positivos tanto para o programa quanto para a comunidade, deve-se planejar de forma que todos entendam. Além disso a rotina de uma equipe de saúde da família inclui um conhecimento sobre o território na qual a equipe está implantada e conhecimentos sobre sua população e suas necessidades.

Através de pactos de indicadores da Atenção Básica o Ministério da Saúde em 2006 redefiniu que na saúde bucal existiria dois indicadores principais e dois indicadores complementares, a principal seria uma ação coletiva onde estaria coberto procedimentos preventivos como escovação supervisionada, e a primeira consulta odontológica. Os indicadores complementares se encaixam na média de atendimentos individuais realizados pelo cirurgião dentista e procedimentos individualizados. O campo de atuação em saúde bucal vai além de procedimentos, o profissional precisa dominar diversas áreas, para se ter um excelente diagnóstico e execução do planejamento, ele precisa saber fazer intervenções quando necessários quando o ambiente ou convivência social afetam o paciente, isso faz com que o profissional não fique limitado apenas na cadeira e sim buscar ajudas de outros profissionais para juntos chegarem a um diagnóstico, ações que fazem parte da equipe de saúde bucal na estratégia da saúde da família (SAMPALHO, 2003).

2.1.2 O papel do cirurgião dentista na atenção primária a saúde

A definição de atenção primária é a assistência médica prestada com o paciente e a comunidade em mente. Tradicionalmente, é o primeiro ponto de contato de uma pessoa com o sistema de saúde, o ponto em que as pessoas recebem cuidados para a maioria das necessidades diárias de saúde. A atenção primária é normalmente fornecida por médicos de família, enfermeiras, nutricionistas, profissionais de saúde mental, farmacêuticos, terapeutas e outros (GOES, 2014).

Os cirurgiões-dentistas são uma ampla classe de dentistas altamente qualificados que, além de realizarem tratamentos diagnósticos e preventivos, se especializam em uma variedade de procedimentos médicos relacionados aos dentes, boca, rosto e área da mandíbula. Os cirurgiões-dentistas realizam procedimentos como extrações de dentes, remoção de dentes terceiros molares, reparo de tecidos moles, remoção de tumores orais e cirurgias de realinhamento da mandíbula (LUCAS et al., 2016).

Enquanto algumas cirurgias dentárias são realizadas em casos de emergência, outros cirurgiões dentários executam procedimentos mais invasivos e reabilitadores, tais como implantes dentais e coroas e folheados. A colocação de próteses dentárias (coroas ou gorros, folheados, pontes, implantes e dentaduras) também é algo que os

cirurgiões-dentistas fazem. Essas próteses, especialmente as próteses totais removíveis, precisam ser ajustadas clinicamente ao paciente (MOYSÉS, 2013).

Assim como em qualquer outro ramo da odontologia, o cirurgião dentista precisa determinar se o paciente precisa de algum procedimento simples ou mais complexo. Um procedimento cirúrgico odontológico bastante comum é a remoção dos dentes terceiros molares impactados. Se pode pensar que é apenas uma simples extração de dentes, mas não é. Envolve tirar radiografias dos dentes e, em seguida, fazer incisão no tecido gengival para remover os dentes impactados (WEBSTER e ANSCHAU, 2015).

Dentes impactados se referem aos dentes presos entre o osso da mandíbula e o tecido gengival. A maioria dos casos de dentes impactados envolve terceiros molares ou dentes do siso e geralmente é porque a mandíbula não é larga o suficiente para acomodar a aparência dos dentes (SCHERER e SCHERER, 2015).

Com as mudanças na expectativa e estilos de vida das pessoas, bem como o rápido avanço nas ciências biomédicas, os dentistas devem ter conhecimentos semelhantes aos de um médico em qualquer outra área da medicina. Existem várias atividades de cuidados primários que podem ser realizadas no consultório dentário, como rastreio de diabéticos, gestão de hipertensão etc. (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015).

O centro do conceito de atenção primária é o paciente. A atenção primária inclui promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da saúde, aconselhamento, educação do paciente, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas em uma variedade de ambientes de cuidados de saúde (como, escritório, internação, cuidados intensivos, cuidados de longa duração, cuidados domiciliares, creches etc.). Ela fornece ao paciente um sistema integrado de saúde para realizar um cuidado com boa relação custo-benefício, por meio da coordenação dos serviços de saúde (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

A atenção primária no consultório odontológico deve começar com foco nas atividades que impactam diretamente a prestação de saúde bucal. A atenção à saúde bucal pode ser conceituada como parte dos serviços de atenção primária à saúde. A introdução de atividades de atenção primária à saúde no consultório odontológico beneficiará os pacientes que agora procuram rotineiramente os serviços odontológicos (e que também utilizam os serviços médicos) (MOYSÉS, 2013).

Os cirurgiões dentistas têm a oportunidade de fornecer cuidados que vão além dos limites tradicionais dos serviços odontológicos. A introdução de certas atividades de atenção primária à saúde como parte da atenção odontológica de rotina, pode garantir um gerenciamento eficaz as necessidades de saúde bucal dos pacientes (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015).

Ao contemplar o papel da odontologia na atenção básica, sabe-se que a prática da odontologia geral é favorecida. A clínica ou consultório dentário pode servir como um excelente local para o rastreamento de muitas doenças crônicas. O impacto potencial para a saúde pública do uso do consultório odontológico como um portal para cuidados primários foi estudado em relação a uma preocupação crescente com a saúde: diabetes mellitus e tabagismo (LUCAS et al., 2016).

Na Odontologia, um importante mecanismo para a melhoria das condições de saúde bucal de uma população é a Educação em Saúde. Este método busca mudar o comportamento das pessoas. Segundo Ferreira (2013), o que se pretende é sensibilizar as pessoas, fazendo com que mudem a postura frente à sua saúde, seus hábitos e se empodere de conhecimentos que possam promover novos parâmetros para uma vida saudável. Segundo essa autora, é preciso valorizar o saber das

pessoas, usá-lo para intervir em sua vida, confrontando o “saber popular” com o “saber científico” de forma a promover o autocuidado.

Ainda segundo Ferreira (2013), são considerados procedimentos de atenção primária, aplicação de selantes, carióstáticos, aplicação tópica de flúor, selamento de cavidades, capeamento pulpar, restaurações de dentes permanentes anteriores e posteriores, medicação intracanal, as exodontias de dentes permanentes.

Muitos fatores levam os pacientes a procurarem os serviços odontológicos na atenção primária à saúde apenas para procedimentos cirúrgicos-restauradores ou em casos de dor. Dentre eles estão a falta de informações e as condições sócio econômicas dos pacientes. Esta falta de condições financeiras, leva muitos desses em caso de dor às exodontias dentárias. No último levantamento epidemiológico no Brasil, 27,4% dos adolescentes analisados precisaram de próteses totais ou parciais e nos adultos 68,8% necessitaram de pelo menos uma prótese fixa (FREITAS et al, 2020)

2.1.3 A atuação do cirurgião dentista na Estratégia Saúde da Família

Em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) propôs a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), que objetivava reestruturar a atenção básica na rede pública de saúde, e priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população do entorno. Posteriormente em 2006, o programa consolidou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à reorganização da Atenção Básica à Saúde (APS) brasileira, sem duração definida (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015).

Inicialmente, a equipe de saúde da família era composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Apesar disso, a população continuava sem acesso aos serviços odontológicos e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 mostrou que, até então, quase 30 milhões de brasileiros nunca haviam visitado o cirurgião-dentista (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

O atendimento odontológico na rede pública brasileira caracterizou-se, durante anos, por modelos assistenciais que priorizavam grupos populacionais restritos, deixando para o restante da população serviços meramente curativos e mutiladores. Um tipo importante desse tipo de modelo foi o Sistema Incremental, implantado no Brasil na década de 1950 pela Fundação de Atendimento Especial de Saúde Pública (SESP), que representou um marco na assistência odontológica gratuita brasileira, porém restringiu as ações preventivas à fluoretação de abastecimento público de água e priorizou o tratamento restaurador de crianças em idade escolar (SCHERER e SCHERER, 2015).

O modelo foi substituído pelo Sistema Integral, que, na prática, não apresentou alterações substantivas em relação ao anterior. Apesar de existir há mais de um século, a odontologia continua a lutar para comprovar a eficácia no atendimento às necessidades de saúde da população (MOYSES, 2013, p. 35). Desde a origem, a odontologia priorizou técnicas práticas e cirúrgicas, baseadas em reabilitações protéticas e materiais odontológicos, e se isola das demais especialidades da saúde. Dessa forma vista por um ponto de vista antiquado em face dos problemas socioeconômicos globais e à maior carga de doenças crônicas na população (BULGARELI, 2014).

Parte significativa dos serviços públicos de saúde bucal brasileiros está localizada na Atenção Básica, mais especificamente nas "equipes de saúde da família", que implementam ações de saúde individual, familiar e coletiva que envolvem

promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, danos redução e cuidados paliativos (LUCAS et al., 2016).

Esses serviços são oferecidos gratuitamente a todas as pessoas que vivem em território brasileiro, de acordo com as necessidades. Essas equipes multidisciplinares são compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde bucal também foram incluídas a partir de 2000. Com isso, o processo de trabalho do cirurgião-dentista incorporou novas atribuições, inclui ações que priorizaram a promoção de indivíduos e famílias de forma integral e interdisciplinar, e realizadas não só nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também nos espaços comunitários e domiciliares (SCHERER e SCHERER, 2015).

Como forma de reorganizar a APS e aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos a equipe de saúde bucal foi incluída na ESF a partir da publicação da portaria 1444 de dezembro de 2000. Em 2001 foi também publicada a portaria 267 de março de 2001, que deu diretrizes para a reorganização também da saúde bucal, com a lista de procedimentos deste nível de atenção e a distribuição das equipes por modalidades I, II e III. Estas modalidades se dividem por formatação das equipes: modalidade I só Cirurgião Dentista e ASB- Auxiliar de Saúde Bucal, modalidade II Cirurgião Dentista ASB e TCB- Técnico em Saúde Bucal e modalidade III equipes em unidades móveis de saúde (MATTOS, FERREIRA, LEITE, 2015)

O incentivo financeiro do Ministério da Saúde e a possibilidade de reorganização das ações de saúde bucal foram apontados como estimuladores da incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Porém, questiona-se se a ESB contemplou integralmente todas as diretrizes do SUS, e aponta desafios relacionados a, como, a escassez de qualificação profissional, a escassez de integração da ESB com o restante da equipe de saúde da família e a existência de uma demanda reprimida, deixada por anos de exclusão de modelos assistenciais (WEBSTER e ANSCHAU, 2015).

Apesar desses questionamentos, a saúde bucal assume posição de destaque pelos últimos anos, proporciona a ampliação do acesso da população à assistência odontológica e possibilitando um aprimoramento desse aspecto no quadro epidemiológico da população brasileira. Até 2015, foram implantadas 24.467 equipes de saúde bucal na ESF em todo o Brasil, e o número de primeiras consultas já havia chegado a cerca de 30 milhões (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015).

As equipes de saúde da família são responsáveis por 2.000 a 3.500 pessoas em uma região definida. Populações definidas e prestação de cuidados contínuos significam que o vínculo e a corresponsabilidade entre as equipes e a população são favoráveis. Isso permite um monitoramento confiável dos efeitos das intervenções em saúde, reduz, assim, o risco de eventos iatrogênicos, que muitas vezes estão associados ao desconhecimento da história de vida do indivíduo, bem como à má coordenação do cuidado (MOYSÉS, 2013). As ações de saúde bucal previstas na PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal) podem ser divididas em: Adição de flúor às fontes de água, Educação em saúde na forma de debates, Oficinas, Vídeos, Teatros. Grupos, Cartazes; Folhetos de escovação dentária supervisionada, Aplicação tópica de flúor, Diagnóstico e tratamento de lesões de partes moles e duras da cavidade oral.

O aumento do número de dentistas cadastrados no SUS levou a um aumento no número de primeiras consultas odontológicas (indicador utilizado para avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal), que passou de aproximadamente 21,5 milhões em 2001 para quase 30 milhões em 2015 (LUCAS et al., 2016).

Para promover a saúde bucal em diversas populações, é necessário atribuir mais do que simplesmente os cirurgiões-dentistas tradicionais a diferentes modelos de saúde. Internacionalmente, há também a necessidade urgente de implementar uma reforma na odontologia, ou de introduzir novas modalidades (SAZNI, 2012).

A rede de atenção à saúde bucal buscou o fortalecimento irrevogável da atenção básica, mas propõe sua reorganização também através da atenção secundária com os Centros de Especialidades Odontológicas- CEO e a rede hospitalar com tratamentos de alta complexidade, principalmente doenças bucais oncológicas e procedimentos provenientes de traumas. Em uma pesquisa feita por Mattos (2014), ela retrata a incapacidade de uma microrregião do Sudeste de formatar a atenção secundária e terciária em saúde como os CEOs. Esta também é uma realidade da região Leste do Sul, foco desse estudo, que ainda não conseguiu desenhar essa rede a contento.

O cirurgião dentista na Estratégia de Saúde da Família tem a competência de através de levantamentos epidemiológicos prover o planejamento e programar a execução do tratamento, realizar pequenas cirurgias ambulatoriais, atendimentos de urgência e procedimentos clínicos, encaminhar quando necessário os pacientes para outros níveis de atendimentos, porém com a responsabilidade de acompanhar, coordenar ações coletivas.

2.1.4 A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no distrito de Realeza

O distrito de Realeza pertence ao município de Manhuaçu no interior de Minas Gerais, pertencente a região de saúde Leste do Sul, localizado no cruzamento das rodovias BR-262 e BR-116. Segundo o IBGE (2010) em 2010 sua população era de 4.643 habitantes. Manhuaçu pertence à região de saúde de Manhuaçu (microrregião) composta por 24 municípios.

Manhuaçu possuía até abril de 2021 dezessete equipes de saúde bucal, faltando apenas quatro equipes para uma cobertura de 100% da população. (BRASIL, 2021). São realizadas nessas equipes procedimentos de atenção básica como extrações, restaurações, procedimentos coletivos de prevenção, e mais recentemente, o distrito pode contar através de convênio com o Centro Universitário UNIFACIG, com procedimentos de atenção secundária como próteses fixas e tratamentos endodônticos.

A atenção primária à saúde de Realeza iniciou com o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Ainda neste programa a população pôde contar com a assistência em saúde bucal, e tinha como seu principal objetivo a prevenção e a promoção a saúde em geral. A unidade oferecia no programa de agentes comunitários de saúde atendimentos especializados como angiologia e pediatria, e como destaque a unidade contava com dois cirurgiões dentistas, o que possibilitava ainda mais o acesso dessa população tanto no atendimento odontológico, como no atendimento em geral. Os munícipes não precisavam se deslocar para Manhuaçu. Dessa forma a vinculação da equipe de saúde à população adscrita realmente acontecia, um dos pilares do Programa Saúde da Família.

A partir de 2018 o PACS em Realeza se transformou em Estratégia Saúde da Família e a equipe de saúde bucal, foi então inserida oficialmente, aprovada pelo Ministério da Saúde, voltando sua atenção para um novo paradigma de promoção da saúde bucal e prevenção, principalmente das doenças bucais (MANHUAÇU, 2018).

O distrito de Realeza atendeu no ano de 2019, 2401 pessoas, totalizando 9914 procedimentos. O que dá uma média de 4,12 procedimentos por paciente.

Figura I. Foto do Consultório Odontológico de Realeza em Manhauçu e da frente da Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Fotos do autor

São realizadas nesta equipe de saúde bucal atendimentos à toda a população, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os procedimentos são divididos em preventivos (aplicação de flúor, selante) e curativos (restaurações) e exodontias de dentes decíduos e permanentes. O município pactuou com o Ministério da saúde através do PMAQ- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ampliar meta mensal de primeiras consultas e a diminuição do número de extrações dentária (MINAS GERAIS, 2017).

2.2. Metodologia

O método adotado na formulação deste trabalho, encontra-se em concordância com a proposta do estudo, por meio dos objetivos a serem alcançados. O desenvolvimento da ciência tem como base o alcance de resultados, que permite validar ou não hipóteses sobre determinado acontecimento ou fato, presente na vida das pessoas.

A pesquisa é de fundamental importância para a evolução dos conhecimentos em determinado campo de estudo e deve buscar ampliar os horizontes de conhecimento sobre determinado tema.

Em um primeiro momento, a metodologia adotada na formulação deste trabalho foi baseada em pesquisas bibliográficas, através de consultas a livros, revistas, pesquisa de manuais, tratados, artigos físicos ou publicados na internet . A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema.

Para o presente estudo, utilizou-se os critérios de citações, pesquisas e artigos relacionadas ao tema.

Seguindo com o presente trabalho, realizou-se um estudo de caso, o qual fora desenvolvido sob uma abordagem qualitativa, que segundo Michel (2009) é definida, como aquela que se fundamenta na discussão de dados entre duas ou mais pessoas, analisando a partir do significado que estas dão aos seus atos. A autora afirma que tal pesquisa admite a verdade através de análise detalhada. Deve-se considerar que todos, mesmo aqueles menos dotados de conhecimento devem compreender e interpretar o exposto na discussão.

Seus fins, refere-se a uma pesquisa de caráter descritivo, que segundo Gil (2008), visa descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Este tipo de pesquisa tem por finalidade, colocar o pesquisador em um contato direto com tudo o que fora escrito dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI e LAKATOS, 2007).

A unidade de análise, ou seja, a amostra da pesquisa, limitou-se à uma equipe da Estratégia da Saúde Família (ESF) da região do distrito de Realeza no município de Manhuaçu (MG), buscando entender como ocorre a atuação da equipe de saúde bucal da ESF nas ações curativas e preventivas. Ações que ocorrem após o levantamento epidemiológico- pré requisito do Ministério da Saúde para a implantação das equipes de saúde bucal. Segundo Collis e Hussey (2005), a unidade de análise, pode ser compreendida como o objeto social, a partir do qual o estudo será embasado, ou seja, onde o fenômeno em questão será observado.

A presente pesquisa pode ser classificada como estudo analítico qualitativa, onde foram analisados os dados de 114 fichas aleatórias na ESF- Estratégia de saúde da Família do distrito de Realeza no município de Manhuaçu. Logo, não houve critérios de exclusão. O número de fichas foi determinado pela responsável pelo setor de odontologia, para que o pesquisador ficasse menos tempo na unidade, devido as restrições da pandemia. Como são dados públicos lançados no site oficial do Ministério da Saúde- datasus, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa. Os dados foram retirados do prontuário eletrônico do município de Manhuaçu. Segundo Michel (2009), a pesquisa de campo consiste na verificação de como a teoria é aplicada na prática e a pesquisa descritiva é definida por Vergara (2009) como aquela que relata as características de determinado fenômeno ou população, podendo relacionar com variáveis e definir sua natureza.

Foi utilizado, para análise de dados nesta pesquisa, a análise de verificação. De acordo com Moraes (2009), A análise de verificação faz a análise de documentos e literaturas especializadas tendo como objetivo a hipótese de verificação, sabendo-se o que se busca para atingir um determinado objetivo.

2.3. Discussão de Resultados

De acordo com Boareto (2011), o cirurgião Dentista tem como atribuições na ESF atendimentos preventivos, curativos, individuais e coletivos. No objeto desse estudo-ESF do município de Realeza, nota-se tanto a atuação da equipe na prevenção, quanto nos procedimentos coletivos.

Tabela I - Distribuição dos atendimentos por idade em números absolutos e percentuais realizados na amostra no ano de 2019 na ESF do distrito de Realeza/ Manhuaçu.MG

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS	%
0 a 19 Anos	39	32,2
20 a 59 Anos	68	59,6
60 a 80 Anos	7	6,2
TOTAL	114	100

Fonte: Prontuário Eletrônico do Município de Manhuaçu

De acordo com a tabela I no ano de 2019, o distrito de Realeza no município de Manhuaçu dos cento e quatorze pacientes analisados 59,6% estavam na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, 32,2% entre 0 a 19 anos e 6,2% foram idosos acima de 60 anos.

Respeitando os grupos prioritários do Ministério da Saúde pelas vulnerabilidades, as crianças deveriam ocupar maior priorização nos atendimentos, já que a falta do acesso poderá aumentar ainda mais a demanda reprimida na odontologia.

Tabela II. Distribuição de procedimentos preventivos e curativos em números absolutos e percentuais realizados na ESF do distrito de Realeza/Manhuaçu- MG no ano de 2019

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS	%
Acolhimento e primeira consulta	114	42,5
Procedimentos Preventivos	32	11,9
Restauração em resina composta	48	17,9
Raspagem periodontal	21	7,8
Urgência e Emergência	25	9,3
Exodontia	28	10,4
TOTAL	268	100

Fonte: Prontuário Eletrônico do Município de Manhuaçu

A tabela II reflete os resultados da análise dos 114 prontuários odontológicos analisados no ano de 2019 no distrito de realeza no município de Manhuaçu. Dos procedimentos realizados nestes prontuários, 42,5% tiveram acolhimento e primeira consulta, que incluem procedimentos iniciais como anamnese, exame clínico intra e extra oral e preenchimento do odontograma. Segundo o Programa de Melhoria da Qualidade da Saúde- PMAQ do Ministério da Saúde um dos procedimentos pactuados com os municípios é o percentual de primeiras consultas que deve girar em torno de 6% da população adstrita à equipe de saúde bucal. Nota-se que nesta equipe todos os pacientes tiveram acolhimento, mesmo os de urgência e emergência. Segundo a análise 28,07% procedimentos realizados foram preventivos (profilaxia, selantes e orientação de higiene). 42,10% realizaram restauração em resina composta, 18,42% foram realizados raspagem periodontal, 21,92% atendidos na urgência e emergência, e 24,5% tiveram que realizar exodontia.

Segundo Freitas et al (2020) as exodontias resultam na diminuição do estado geral de saúde dos indivíduos, pois diminui a capacidade funcional mastigatória, interfere na fonação, além de ocasionar carências nutricionais, psicológicos e estéticos. Logo, cada vez mais a ESF precisa investir em prevenção para evitar a perda dentária, que deve ser um procedimento apenas nas situações irreversíveis, ou

seja, sem prognósticos favoráveis. Nesta equipe, a meta de diminuição de extrações dentárias não está acontecendo ainda.

Fica evidente que esta equipe cumpre a realização de atendimentos de urgência, tem um percentual ainda alto de exodontias, faz acolhimento em 100% dos pacientes, tem um número considerável de restaurações, mas precisa investir mais tanto no atendimento de crianças, grupo prioritário do Ministério da Saúde, quanto nos procedimentos preventivos.

Quando uma equipe investe mais em prevenção e o acompanhamento das crianças e adolescentes, tanto o número de urgências, quanto as restaurações e extrações dentárias diminuem, refletindo melhores indicadores em saúde bucal. Assim também diminuirá a demanda reprimida, ou seja, o número de pessoas com necessidades em saúde bucal.

3.CONCLUSÃO

Conclui-se que, a inclusão da saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família foi um avanço para o acesso da população aos serviços odontológicos, minimizando as perdas dentárias e aumentando a prevenção das doenças bucais. Além disso, por ser um novo paradigma na atenção primária à saúde, tornou-se porta de entrada para os problemas básicos da população, apesar da região de Manhauçu não possuir a atenção secundária através dos Centros de Especialidades Odontológicas, apenas através de convênio com a Clínica Odontológica UNIFACIG.

O distrito de Realeza no município de Manhauçu, aderiu a esse novo paradigma de assistência na atenção primária no ano de 2004, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde e em 2018 como Estratégia Saúde da Família incluindo a equipe de saúde bucal na ESF. Desde então, vem promovendo ações preventivas e curativas para a população.

Mesmo cumprindo o acolhimento na primeira consulta odontológica, percebe-se que a equipe de saúde bucal de Realeza deve diminuir o número de extrações dentárias, investir mais no atendimento de crianças e adolescentes e nas ações preventivas, como método eficaz de diminuição de problemas bucais na fase adulta, bem como diminuição da perda dentária e aumento de necessidade de reabilitação odontológica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAIS, Marília Guedes da Silveira. **Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil**. Natal, 2019. 83f.

BARBOSA, Swedenberger do Nascimento. Reflexões sobre democracia, SUS e saúde bucal como direito. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 169-181, set. 2019.

BAUMGARTEN, Alexandre, HUGO, Fernando Neves, BULGARELLI, Alexandre Fávero, & HILGERT, Juliana Balbinot. **Curative procedures of oral health and structural characteristics of primary dental care**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DjyhqsXyq4crwJVGwqXHjYC/abstract/?lang=en> Acesso em: 24 jun. 2021.

BOARETO, Patrícia Pinho, **a inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família**, 2011, 33, universidade federal de minas gerais, Campos Gerais Minas Gerais, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. e-Gestor-sistema de atenção primária a saúde, Brasília, DF, 2021. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/> acesso em 24 de jun. de 2021.

BULGARELI, J. et al. **A resolatividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014.

CAMPOS, G.W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000.

COELHO, Alessandra M. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 2013 Disponível em: < http://www.riopomba.ifsudestemg.edu.br/dcc/dcc/materiais/610228303_aula%2023out2013.pdf>. Acesso em: 10 de abr de 2021.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 349p.

CUNHA, Carlo Roberto Hackmann da et al. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>. Acesso em: 24 jun. 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. **Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família**. RGO Rev Gauch Odontol. 2011;59(1):109-15.

FERREIRA, Efigênia Ferreira, **a inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia da saúde e da família: entraves, avanços e desafios**, 2014, online. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/373-382/>, acesso em 24 , junho, 2021.

FERREIRA, Grazielly Lopes, **educação em saúde bucal: um instrumento de transformação** 2013, 24, universidade federal de minas gerais, Teófilo Otoni Minas Gerais, 2011.

FERTONANI, H, et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acessado em: 26 jun. 2021.

GOES, P. S. A. et al. **Gestão da prática em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

GOMES, Doris; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos; FINKLER, Mirele. **Problemas éticos na saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290208>. Acessado em: 24 jun. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GONGALVES, Ana Júlia Gizzi et al. **Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais**. *Saúde em Debate*, 2020, online. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012610>>, acessado em 24, Junho 2021, pp. 725-738.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011

LAMY, Renata de Lourdes Ribeiro Franco. **Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório**. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

LUCAS, AB; FREITAS, NA; FREITAS, FD; PONTE NETO, AO; LACERDA, RA; CAVALCANTE, VOM. **Sentimentos que transpõem a residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência**. *Sanare (Sobral)*. 2016;15(2):154-9.

MANHUAÇU, **humanização na saúde da família- PACS Realeza**, 2014, online. Disponível em <<https://www.manhuacu.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/humanizacao-na-saude-da-familia---pacs-realeza/17264>>. Acesso em 25, maio, 2021.

MANHUAÇU. Secretaria Municipal de Comunicação. **PREFEITURA INAUGURA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM MAIS UMA ESF EM MANHUAÇU**. Manhuaçu, MG, 2018. Disponível em <https://www.manhuacu.mg.gov.br/> acesso em 20 de maio. 2021.

MARTINS Renata Castro, REIS Clarice Magalhães, MATTA MACHADO Antonio Thomaz Golzaga, et al. **Relationship between primary and secondary dental care in public health services in Brazil**. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164986>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MATOS, Divane Leite; LIMA COSTA, Maria Fernanda. **Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil**, ago. 2006

MATTOS, Grazielle Christine Maciel Mattos et al. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios**. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>>, acessado em 26, Jun. 2021 *Ciênc Saúde Colet*. 2015;19(2):373 82.

MEDEIROS, Ezilda. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade**. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

MENDES Suellen. R, et al. **Dental procedures in primary health care of the Brazilian National Health System**. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph14121480>>. Acesso em: 25 jun. 2021

MERHY, EE; BADUY, RS; SEIXAS, CT; ALMEIDA, DES; SLOMP JÚNIOR, H. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituto nas redes**. 1a ed. Rio de Janeiro: Hexis. 2016. 448 p. (vol. 1).

MICHAEL, Maria Helena. **Metodologia e Pesquisa Científica Em Ciências Sociais**. Capa ilustrativa. Ano: 2015; Editora: atlas.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Avaliação PMAQ 2017. Disponível em <https://saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1645-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq-ab> acesso em 12 de mai. de 2021.

MOYSÉS, S. J. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. **Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>. Acessado em: 24 jun. 2021.

PUCCA Gilbelto Alfredo Junior, et al. **Oral health policies in Brazil**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ROSELINO, Patrícia Laguna, DAMASCENO, Jaqueline Lopes e FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves **Saúde bucal na atenção primária à saúde: articulações entre o ensino e a estratégia de saúde da família**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08119>. Acessado em: 24 jun. 2021.

REIS, WG; SCHERER, MDA; CARCERERI ,DL. **O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real**. Saude Debate. 2015;39(104):56-64.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>. Acessado em: 26 jun. 2021.

SÁ, Paloma Stephania Guilhermina Prado de. **Análise da atenção primária em saúde no âmbito da saúde bucal**. Fortaleza, 2014.

SCALZO, Maria Tereza Abreu et al. **Structural characteristics of oral health services in Brazilian Primary Health Care**. Brazilian Oral Research. 2021, online.

Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0023>, acesso em 24, jun, 2021.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em: 26 jun. 2021.

SCHERER, Charleni Inês et al. **O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>. Acesso em: 24 jun. 2021

SILVA, MCLRS; SILVA, S; BOUSSO, RSA. **A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura**. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1250-5

SILVA, Simone Albino da. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.

VEGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

WARMLING, Cristine Maria, BALDISSEROTTO, Julio; ROCHA, Evelise Tarouco. **Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180398>. Acessado em: 24 jun. 2021

WEBSTER, Jacqueline; ANSCHAU, Fernando. **Atendimento odontológico ao paciente em nível hospitalar e seu papel na rede de atenção do SUS**. In: MORAIS, Teresa Márcia; SILVA, Antonia. Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/ UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Cap. 37, p. 367.