

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**Inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família: relato de uma
experiência**

Belo Horizonte
Julho 2010

Leandro Martins Diniz

Inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família: relato de uma experiência

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do Certificado de Especialista do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof^a Mara Vasconcelos

Banca examinadora

Aprovada em ____/____/____

**Belo Horizonte
Julho 2010**

AGRADECIMENTOS

**A professora Dr^a Mara Vasconcelos, pela orientação, dedicação e
cuidado.**

**A Coordenação em Saúde Bucal da PM Betim, em especial Cidéia,
pela disponibilização de dados.**

**A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste
trabalho.**

A Deus pela proteção, cuidado, amor e presença.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Inserção da Odontologia no PSF	17
3. OBJETIVOS	27
3.1 Geral	27
3.2 Específicos	27
4. MATERIAS E MÉTODOS	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	29
4.2 Identificação	29
4.3 Aspectos Demográficos	30
4.4. Aspectos Sócio-Econômicos	31
4.5 Aspectos Ambientais	32
4.6 Aspectos Epidemiológicos	34
4.7 Modelo de Gestão	35
4.8 Conselho Municipal de Saúde	36
4.9 Fundo Municipal de Saúde	36
4.10 Descrição da Organização do Setor de Saúde do Município	36
4.11 Inserção das ESB na Estratégia de Saúde da Família em Betim	42
4.12 Critérios Utilizados para Definição das Áreas Geográficas de Abrangência	43
4.13 O Contexto da Saúde Bucal	44
4.14 Nossos Problemas	47
5. METAS DA SAÚDE BUCAL SMS BETIM	48
5.1 Atividades a realizar	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7. REFERÊNCIAS	53

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa de Saúde da Família

RMH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UAI – Unidade de Atendimento Imediato

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UBSR – Unidade Básica de Saúde de Referência

LISTAS DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Gráfico 1: População residente estimada, por sexo e faixa etária, Betim-MG, 2007	31
Gráfico 2: Percentual da população residente estimada, por sexo e faixa etária Betim-MG, 2007	31
Tabela 1 – BIP de cidades de grande e médio porte de MG, 2005	32
Tabela 2 –BIP de cidades do Brasil.e Betim, 2005	32
Tabela 3 – Acesso aos serviços básicos de infra-estrutura por domicílio. Betim Setembro 2007	33
Tabela 4 – Levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal. Principais resultados em Betim. 1994 a 2004	35
Quadro 1 – Planejamento das Equipes de Saúde Bucal. Betim	39
Quadro 2 – Planejamento das Equipes de Saúde Bucal. Betim.	40
Quadro 3 – População cadastrada e estimada por regional. Betim.	41
Quadro 4 –Classificação das urgências/emergências segundo classificação de risco.	46

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi conhecer e analisar o processo de inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família em Betim/MG, mediante relato de experiência. Para tanto, foi feita consulta a documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Betim sobre o processo de implantação das equipes de saúde bucal. Observaram-se avanços quantitativos na ampliação da cobertura após implantação de 30 ESB em diferentes regiões do município. Para definir as áreas geográficas a serem cobertas pelas novas equipes, foram utilizados critérios norteados pelos princípios básicos defendidos pelo SUS como a universalidade e a equidade. Isso permitiu repensar e mudar a organização do serviço para a construção de um novo modelo com melhoria da qualidade do serviço e do acesso e compromisso com as necessidades dos usuários. Possibilitou garantia de integralidade da atenção mediante a chegada de novas categorias profissionais que estão envolvidas no trabalho conjunto por uma assistência multidisciplinar. Em contrapartida este trabalho mostra que a atenção em saúde bucal ainda esbarra na dificuldade de programar atividades de cunho educativo e preventivo. O acesso ainda é predominantemente individualizado e sofre com valorização da especialização. Falta implementar atividades coletivas/preventivas que produzam mudanças de comportamento duradouras, a fim de superar a dicotomia entre atividades preventivas e curativas, executando-as em conjunto por meio dos mesmos programas.

Palavras Chaves: saúde da família, saúde bucal, acesso, ações coletivas.

ABSTRACT

The objective was to understand and analyze the process of integration of oral health teams (ESB) in the Family Health Program in Betim / MG by reporting experience. To this end, consultation was made to documents of the Municipal Health Betim on the process of implementation of oral health teams. Observed progress in quantitative expansion of coverage after 30 ESB deployment in different regions of the municipality. To define the geographical areas to be covered by the new teams were used criteria guided by basic principles espoused by SUS as the universality and equity. This allowed the organization to rethink and change the service to build a new model with improved service quality and access and commitment to the needs of users. Possible to guarantee comprehensive health care through the arrival of new professions that are involved in joint work by a multidisciplinary care. By contrast this study shows that oral health care yet it's difficult to plan activities with an educational and preventive. Access is still predominantly individualized recovery and suffers from specialization. Failure to implement collective activities / preventive that produce lasting changes in behavior in order to overcome the dichotomy between curative and preventive activities, running them together through the same programs.

Keywords : Family health, oral health, access, group operation.

1 INTRODUÇÃO

Segundo as diretrizes publicadas no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2004, faz-se necessário reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, desenvolver ações intersetoriais tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. O documento destaca ainda que deve-se tratar saúde não somente na assistência ao doentes, mas, sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco a saúde das pessoas. As ações em saúde devem ser oferecidas de forma mais abrangente (BRASIL, 2003).

Os serviços de saúde bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de assumir uma nova postura diante da população e responsabilizarem-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Para que ocorra essa transformação, é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade. O documento ressalta ainda a necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a efetivação dessas mudanças. (BRASIL, 2003)

A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) é a resposta mais legítima à proposta de mudança do modelo de saúde, excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde. Destacando que no PSF a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e assumindo o compromisso de quitar uma dívida social do Estado com o povo, construída em anos de exclusão e abandono (PALÚ, 2004).

Trajetória profissional e a relação entre Saúde Coletiva, Atenção Básica, estratégia Saúde da Família e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/CEABSF

Minha primeira relação de afinidade com o SUS veio quando tive a oportunidade de participar, por meio da Universidade Federal de Minas Gerais, do programa de extensão universitária Sorriso no Campo e da disciplina obrigatória em Internato Rural realizados nos municípios de Padre Paraíso e Taquaraçu de Minas, respectivamente.

Ingressei no serviço público de saúde brasileiro através de concurso no ano de 2007, um ano após minha formação como cirurgião-dentista.

Após um tempo de vivência das práticas clínicas dentro do SUS, comecei a angustiar sobre o meu fazer profissional. Mesmo trabalhando muito, não conseguia visualizar resultados positivos das minhas ações. Não as via sendo transformadas em melhoria das condições de saúde bucal da população - uma vez que a demanda espontânea por tratamento e urgências permanecia inalterada.

Foi então que apareceu a oportunidade de me inscrever no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, no qual obtive aprovação. Hoje, nesta etapa final de conclusão, posso afirmar que alcancei os objetivos propostos pelo curso. Consegui ampliar minha visão para questões concernentes ao território e hoje estou mais familiarizado com os problemas da minha área e também mais humanizado com a população que assisto. Tudo isso nos agrega uma imensidão de valores e conhecimentos que transcendem nossa capacidade de mensuração. O que posso dizer é que hoje sou um profissional mais completo, mais humano e com uma visão ampliada e diferenciada das questões que envolvem a luta diária por melhoria da qualidade de vida de nossa população.

Decidi priorizar este tema porque a inclusão da odontologia no PSF constituiu um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Representou a incorporação do conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo.

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a Inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O Programa Saúde da Família (PSF) veio como importante estratégia reorganizadora do modelo assistencial. A atenção à saúde é organizada para o acompanhamento das famílias. Nele ocorre uma reestruturação do processo de trabalho mediado pela criação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (FARIA, et al. 2009).

O PSF é uma estratégia de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos em substituição ao modelo tradicional que é orientado para a cura de doenças e para o hospital (BRASIL, 2000).

O programa de saúde da família desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS): reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. O resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ser evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento de doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção de saúde, gerando um círculo vicioso (NEGRI, 2000).

O atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como produtor de procedimentos, visto que os serviços se dão a partir da clínica exercida pelo médico, o qual utiliza a tecnologia mecanicista (FRANCO & MERRY, 2000).

A implantação do PSF busca reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. O PSF tem como objetivo a restauração da prática assistencial da saúde em contraste ao modelo

tradicional curativo que visa à centralização do atendimento. A atenção, no PSF, é centrada na família que é percebida no seu meio (físico e social) promovendo um melhor entendimento do processo saúde-doença.

A história do PSF tem início quando o MS formula o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), em 1991. A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais, tão somente, o indivíduo (VIANA & DAL POZ, 1999).

Em 1994, o MS iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria nº 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: o PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde (VASCONCELOS, 1998).

É característica do PSF trabalhar com o território ou área de abrangência. Dessa forma, ocorre divisão do território geográfico tendo cada nova área sua população adscrita. Isso permite redistribuir a população que será vinculada a uma equipe específica de saúde da família para o seu acompanhamento. Esta é outra característica do programa, a abordagem comunitária, mediada pela comunidade, equipes e agentes comunitários de saúde. Cada equipe deverá conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade fazendo o planejamento das ações baseada nas necessidades desta população (FARIA, et al. 2009).

A atenção está centrada na família, com uma compreensão das suas condições sócio-econômicas, levando a uma concepção ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Deve-se portanto, ser estabelecida uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas e tecnicamente competentes (BRASIL, 2000b).

A família deve ser abordada de forma integral e articulada sem que se perca o estado de equilíbrio individual dos seus membros. Cabe, então, o exercício de uma nova prática capaz de levar os indivíduos a serem sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

O PSF deseja criar verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolva ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e seus habitat, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa no promocional e preventivo. Mas sem descuidar do curativo-restaurador, que terá alta resolutibilidade com baixos custos diretos e indiretos, sendo econômicos e sociais e articulando-se com outros fatores determinantes de saúde (MENDES, 1999).

Faz-se necessário um redirecionamento das ações criando-se canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde. Deve-se constituir uma equipe de saúde integrada com responsabilidade e objetivos comuns. Cada equipe deverá conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade fazendo o planejamento das ações baseada nas necessidades desta população (BRASIL, 2000b).

No Brasil, durante muitos anos o processo de organização e inserção dos demais serviços de saúde no SUS aconteceu de maneira paralela e afastada das práticas odontológicas. Era difícil pensar em uma odontologia de qualidade, pública, acessível à população e que estivesse funcionando em um ambiente multidisciplinar com as demais áreas da saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, e observa-se o esforço para aumentar a integração da saúde bucal com os demais serviços de saúde em geral. O pensamento de hoje vai de encontro à busca da integralidade da atenção em saúde, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e defesa da vida (BRASIL, 2006).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominada atenção básica. Deve

estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que, sejam asseguradas a referência e contra-referência, para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (BRASIL, 2000a).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como:

“...um conjunto de ações, no caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 11).

Os cuidados em Atenção Básica a saúde, devem considerar as pessoas em sua singularidade, complexidade e inserção sócio-cultural. Esses fatores devem ser considerados a fim de realizar ações integradas que busquem a promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam comprometer a possibilidade dessas pessoas viverem de modo saudável (BRASIL, 2006).

Para a efetivação do SUS é necessário o fortalecimento da Atenção Básica. Ela é entendida como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Mas, é fundamental, no entanto, que assegure também o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, de modo a garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde e pode ser definida, como:

“ no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas

populações. Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 8).

Outro aspecto fundamental para efetivação da Atenção Básica é a promoção de saúde. Ela pode ser entendida como estratégia de articulação transversal que tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para isso é preciso, reduzir as condições que aumentam a vulnerabilidade e os riscos delas adoecerem. Sua efetivação acontece por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem às pessoas melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família foi escolhida como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Ela é importante tanto para a mudança do processo de trabalho em saúde, quanto para a elaboração de um diagnóstico situacional mais preciso. Isso ocorre mediante a aproximação da equipe de saúde à realidade sócio cultural da população adscrita e pela postura pró-ativa desenvolvida pela equipe (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família deve:

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam.

II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população.

III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.

V - Ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

A princípio, as diretrizes do PSF, obtidas na literatura, preenchem os quesitos para se promover saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde. O PSF está centrado nos princípios norteadores do SUS, tais como a universalidade, integralidade, equidade e controle popular. A mudança de modelo de assistência à saúde tem o PSF como uma estratégia básica para iniciação do processo (MINAS GERAIS, 1997).

Embora rotulado como programa, o PSF foge à concepção usual de programa, por não se tratar de intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, integra e promove a reorganização dessas atividades, contribuindo para a consolidação dos sistemas municipais de saúde. Introduziu uma abordagem inovadora à saúde e, ao eleger como foco de sua atenção à família, trouxe no seu bojo uma proposta de transformação das práticas de saúde e da organização dos serviços. A família, compreendida na sua relação cotidiana com o espaço territorial, é o eixo fundamental para o desencadeamento de ações que possam melhorar a qualidade de vida e de saúde dos cidadãos (MINAS GERAIS, 1997).

2.1 INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO PSF

Segundo Palmier *et al* (2008), a atenção a saúde bucal no sistema público brasileiro aconteceu sob vários modelos assistenciais destacando: a Odontologia Sanitária e Sistema Integral, Odontologia Simplificada e Integral trouxeram conceitos que marcaram o processo de trabalho em saúde. Destaca ainda que historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público, se restringiu basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgência, muitas vezes mutiladores (PALMIER *et al*, 2008).

Até o Ministério da Saúde via e planejava as ações em saúde bucal vendo a odontologia desta forma. Durante muitos anos o modelo adotado foi o Sistema Incremental, que priorizava o tratamento das crianças. Buscava-se tornar os adultos saudáveis, livres de caries e perdas dentárias, entretanto, não foi o que aconteceu. No primeiro levantamento epidemiológico nacional, realizado em 1986, utilizou-se a idade índice - 12 anos. Já o levantamento de 1996, apenas a população escolar de 7 a 12 anos foi examinada. Todo o restante da população brasileira foi excluída desse estudo. Tanto é que hoje podemos observar nos adultos e idosos um elevado percentual de problemas periodontais e perda de elementos dentais principalmente, a partir dos 40 anos de idade (PALMIER *et al*, 2008).

A distribuição das principais doenças bucais acomete as diferentes classes sociais de maneira desigual. Há uma tendência da necessidade em saúde ser maior nas pessoas em posições sociais e culturais desfavorecidas.

Palmier *et al* (2008) citam o IBGE/2000 dizendo que 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, o que corresponde a 18,5% da população do país. Aproximadamente 45% da população brasileira não tem acesso à escova de dente. Segundo esses autores a pesquisa de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde – PNAD/1998, demonstrou que a percentagem das pessoas que nunca foram ao dentista é nove vezes maior para as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparadas com as que recebem 20 salários mínimos (PALMIER *et al*, 2008).

Palú (2004), cita o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986 que dizendo que:

A situação de saúde bucal, da população brasileira, é caótica. O modelo de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador (p. 16).

Ainda segundo Palú (2004), mesmo com sugestões de correções e mudanças, esta situação manteve-se inalterada. Fato esse registrado na II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL de 1993, cujo trecho do relatório final denuncia:

... a monopolização dos conhecimentos em saúde pelos profissionais da área, e dentre estes a formação de elites altamente especializadas, descomprometidas com o processo de construção de uma prática mais adequada e socialmente justa (p.16).

A partir desses dados que evidenciaram a exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde bucal e da repercussão das informações divulgadas pelo IBGE, o Ministério da Saúde decidiu incluir a odontologia na ESF (FOLHA DE SÃO PAULO, 2000 ; PALMIER *et al.*, 2008).

A equipe de saúde bucal foi incluída no PSF a partir de Dezembro de 2000, através da Portaria GM/MS 1444, de 28 de dezembro de 2000. Ficando assim determinado:

Art. 4º - I - Cada equipe de saúde bucal deverá ficar responsável por atender em média 6900 (seis mil e novecentos) habitantes.

II - Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família.

Para os municípios com menos de 6900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.

Parágrafo único - Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção de saúde bucal.

Art 5º- Estabelecer o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

A ESB deve atuar integralmente dentro da ESF organizando e participando do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território adscrito, identificando as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal, realizando visitas domiciliares e tentando ações básicas de vigilância epidemiológica na sua área de abrangência, tendo um conhecimento das condições de vida da população de sua área, sensibilizando as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

A proposta da ESF é atender a população diferentemente da concepção tradicional que sempre compreendeu o indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos seus valores sócio-culturais, separando-os de sua realidade familiar e comunitária, colocando-o como dependente social. A equipe básica do PSF é composta de no mínimo um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS.

Em março de 2001, através da Portaria nº 267, o MS vem estabelecer formas de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica e estabelecer critérios de organização da ESB:

- A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de

funcionamento do SUS, que para o seu cumprimento. requerem a ordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

- O Programa de Saúde da Família do MS envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que têm se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.
- A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação, impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.
- A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:
 - I - caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
 - II - adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
 - III - integralidade da assistência prestada à população adscrita;
 - IV - articulação da referência e contra referência aos serviços de maior complexidade;
 - V - definição da família como núcleo central de abordagem;
 - VI - humanização do atendimento;
 - VII- abordagem multiprofissional;
 - VIII -estímulo às ações de promoção da saúde,à articulação intersetorial.à participação e ao controle social;
 - IX - educação permanente dos profissionais.
- A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades: um CD e um ACD ou 1 CD, um THD e um ACD

- A carga horária será de 40 horas semanais.
- A adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial « a facilidade de acesso para população.
- As equipes devem executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados.
- As ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do SUS.
- Os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde.
- As ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar.

A Portaria MS/GM 673 de 03 de Junho de 2003, altera a relação definida pela portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo que uma ESB pode corresponder a uma ESF, em atuação nos municípios, sem restrição de porte populacional.

A Portaria GM/MS 396, de 04 de abril de 2003, reajusta os valores do incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF e revisa as normas estabelecidas pela portaria 1444:

Art. 1º - Alterar a relação definida pela Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo que uma equipe de saúde

bucal pode corresponder a uma equipe de saúde da família, em atuação nos municípios, sem restrição de porte populacional.

Art. 2º - Manter duas modalidades de incentivo financeiro para o custeio das Ações de Saúde Bucal, de acordo com a composição das equipes:

Modalidade 1 - equipe composta por um Cirurgião-Dentista e um atendente de consultório dental;

Modalidade 2 - equipes compostas por um Cirurgião-Dentista, um atendente de consultório dental e um técnico de higiene dental.

Parágrafo 1º - os valores dos incentivos financeiros de que trata este Artigo é de R\$ 15.600,00 por equipe da Modalidade 1, e de R\$19.200,00, por equipe da Modalidade 2, conforme Portaria GM/MS nº 396, de 04 de abril de 2003.

Em 28 de março de 2006 foi aprovada a Portaria GM/MS 648 que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família, modificando algumas determinações das Portarias anteriores, com destaque para o Artigo 4º da 1444 que trata da relação de ESB por ESF, desta forma, ficou determinado alguns itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

Para manutenção do programa, o governo federal repassa incentivo financeiro para cada Equipe de Saúde Bucal implantada. Este recurso é destinado à implantação

das equipes, compra de equipamentos e materiais odontológicos. As Equipes de Saúde Bucal são cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB e não podem ultrapassar o número de Equipes de Saúde da Família existentes (BRASIL, 2003b).

Ainda dentro da Política de Saúde Bucal iniciada em 2000, o programa Brasil Sorridente de 2003 teve como metas: aumentar o incentivo financeiro para os municípios para a implantação das equipes de saúde bucal nas Modalidades I e II, implantar Laboratórios de Próteses em todo o País, criar condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluoretação, implantar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região e atenção à população penitenciária. Os CEO possibilitaram a criação de redes de referencia secundária e terciária e oferecem suporte especializado a atenção básica (BRASIL, 2004).

Ainda segundo Palmier *et al* (2008), de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende:

“um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (PALMIER *et al.*, 2008, p 10).

Criados em 29 de julho de 2004 pela Portaria N 1570, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vieram para dar suporte especializado à atenção básica. Esta portaria estabelece as normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Com eles efetiva-se a rede de atenção integral ao usuário mediante a criação de redes de referencia e contra-referencia. Deste modo ofertam, minimamente, serviços especializados em periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. São classificados em

dois tipos: CEO Tipo I: com três cadeiras odontológicas e CEO Tipo II: com quatro ou mais cadeiras odontológicas (BRASIL, 2004b).

Os profissionais que compõem as Equipes de Saúde Bucal: Cirurgião-dentista, Técnico em Saúde bucal e Auxiliar em Saúde Bucal, devem participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, conforme atribuições definidas pela Política Nacional de Atenção Básica e a Saúde Bucal no Pacto pela Saúde, ambos divulgados como sendo um novo pacto entre os governos federal, estadual e municipal em 2006 (PALMIER et al., 2008).

Os profissionais deverão identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; realizar na população adscrita cuidados em saúde, sendo estes em domicílio e nos demais espaços comunitários; realizar ações de atenção integral; deverão garantir a integralidade da atenção através das ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos e do atendimento da demanda espontânea, proporcionando um atendimento humanizado. Além disso, devem garantir atenção qualificada às necessidades dos usuários, estabelecendo assim um vínculo com seus pacientes e buscando orientá-los e encaminhá-los a outros níveis de assistência quando julgar necessário. Ainda deverão participar de ações de planejamento e avaliações das ações da equipe; garantir no Sistema de Informação Básica a qualidade no registro das atividades (PALMIER et al., 2008).

Considerando o conceito amplo de saúde pode-se afirmar que a saúde bucal no Brasil vem ganhando força, uma vez que está integrada com a saúde geral do indivíduo. Está relacionada diretamente com questões como alimentação, educação, renda, moradia, saneamento básico, trabalho, lazer, acesso aos serviços de saúde, informação e posse de terra. Quanto mais carente o indivíduo menor será o grau de informação quanto a prevenção e cuidados com sua saúde geral. Considerações estas que vem sendo feitas desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizadas em Brasília em 1986, sendo reafirmadas em na 1ª CNSB em 1993 (BRASIL, 2006b).

O conceito de Humanização do Sistema de Saúde nos leva a trabalhar a saúde bucal de cada indivíduo de forma contextualizada. Deve-se direcionar o atendimento

para práticas intersetoriais e interdisciplinares visando integrar ações individuais e coletivas de prevenção e promoção para saúde integral do indivíduo. Tendo-se sempre a consciência de que o indivíduo que procura por serviços de saúde bucal não é um mero Paciente, mas sim o Usuário do serviço. Tendo este, como cidadão, direitos e deveres, devendo ser respeitado no exercício de sua cidadania (PALMIER *et al*, 2008).

O PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção das doenças e a promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia (BRASIL,1997).

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral,

respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na ESF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar. Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência da inserção da odontologia no PSF de Betim/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características da atenção em saúde bucal no município de Betim/MG.
- Descrever as possibilidades de ação na área da odontologia.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho é um relato da experiência de implantação da odontologia no PSF de Betim/MG.

Para a sua consecução foi necessário a consulta aos documentos da Secretaria Municipal de Betim/MG sobre o processo de implantação das equipes de saúde da família e, ainda, as Portarias do Ministério da Saúde. Em seguida foi realizada uma caracterização do município de Betim e a descrição dos desafios na saúde bucal com o encaminhamento de propostas.

CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Betim/MG está localizado na Região Metalúrgica, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, distante 30 km da capital. É um dos principais pólos de concentração industrial do Estado de Minas Gerais. Os dados demonstram que a população do município de Betim tem crescido em média 7,85% ao ano – taxa superior à da população da Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH (2,09%) e de Minas Gerais (1,15%) (ASSIS, 1996).

Em 1970, Betim ainda era um município de população predominantemente rural, com um grau de urbanização em torno de 46%. Atualmente, o município atingiu em torno de 90% de urbanização. Segundo o plano plurianual de Betim esse crescimento populacional foi caracterizado por uma grande corrente migratória que foi impulsionada a partir de 1970 pela chegada da FIAT Automóveis e a Refinaria Gabriel Passos (REGAP) – Petrobrás (BETIM, 2006).

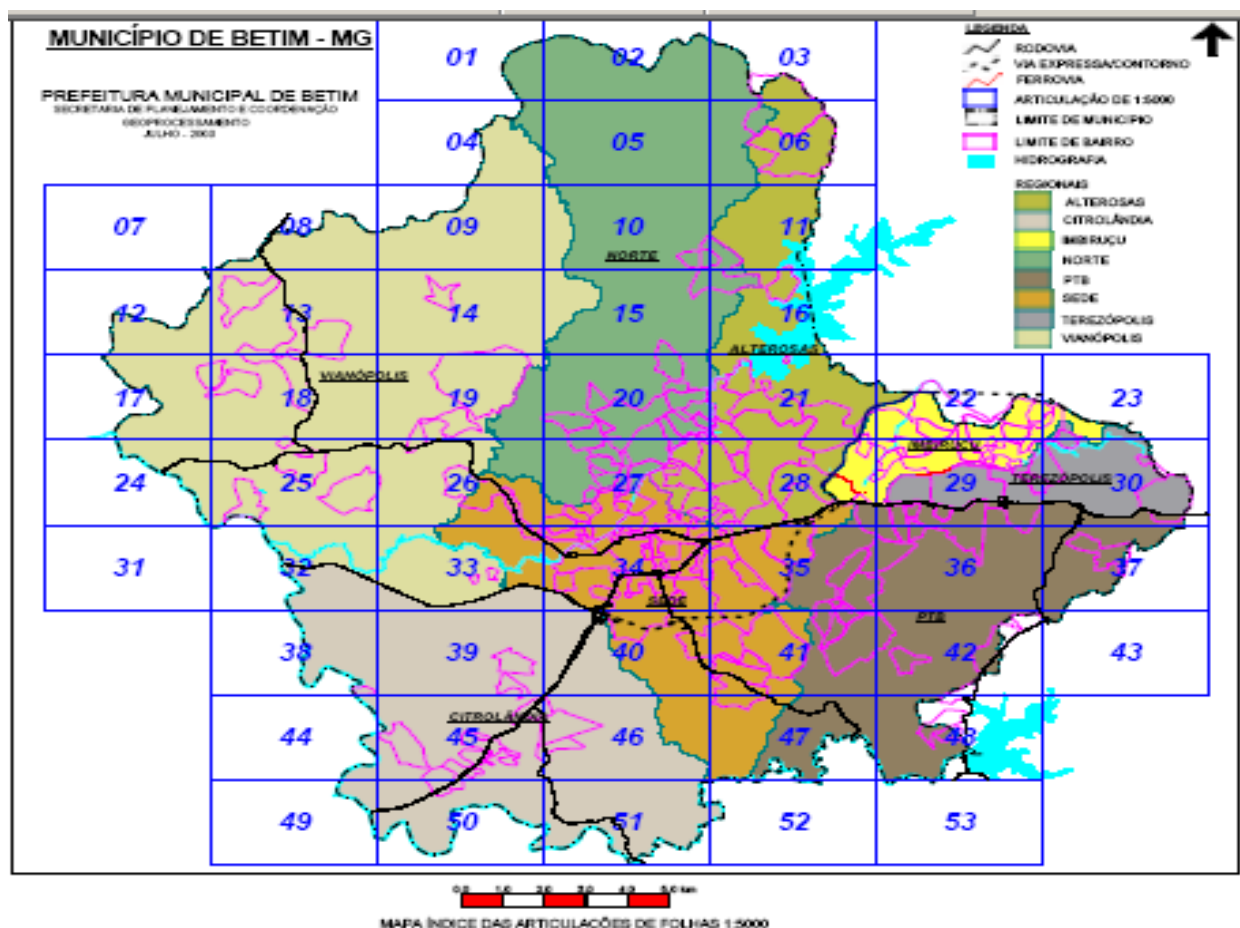
4.2 IDENTIFICAÇÃO

- LOCALIZAÇÃO: Região Metalúrgica, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, distante 30KM da capital.
- EXTENSÃO TERRITORIAL: 346 Km²
- ALTITUDE: 860 metros do nível do mar
- TEMPERATURA MÉDIA ANUAL: 20º
- HIDROGRAFIA: Rio Paraopeba, Rio Betim e Riacho das Areias
- PRINCIPAIS VIAS DE ACESSO:
Rodovias Federais: Br 262 (Vitória -Corumbá), Br 381 (Belo Horizonte - São Paulo)

Rodovias Estaduais: MG060 (Betim - Esmeraldas), MG050 (Belo Horizonte - Passos)

Ferrovia: Rede Ferroviária Federal S/A (Ramal Betim/Brasília)

- Municípios limítrofes: Esmeraldas, Contagem, Juatuba, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos e Sarzedo



4.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

POPULAÇÃO: 415.098 habitantes (Estimativa IBGE/2007). Predominantemente jovem, atingindo 56% na faixa etária de 10 à 39 anos. Masculino e feminino em quantidade proporcional. A maioria residente na zona urbana. 72,73% alfabetizada, como apresentados nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: População residente estimada, por sexo e faixa etária, Betim-MG, 2007.

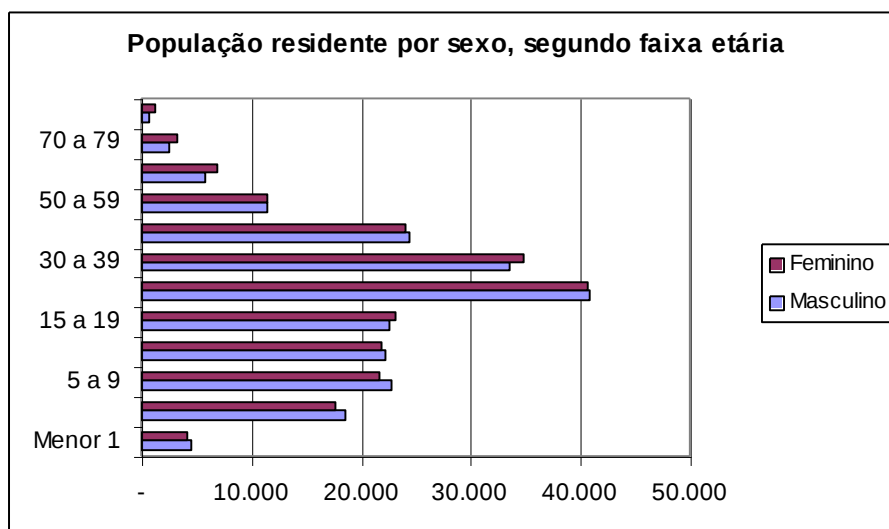
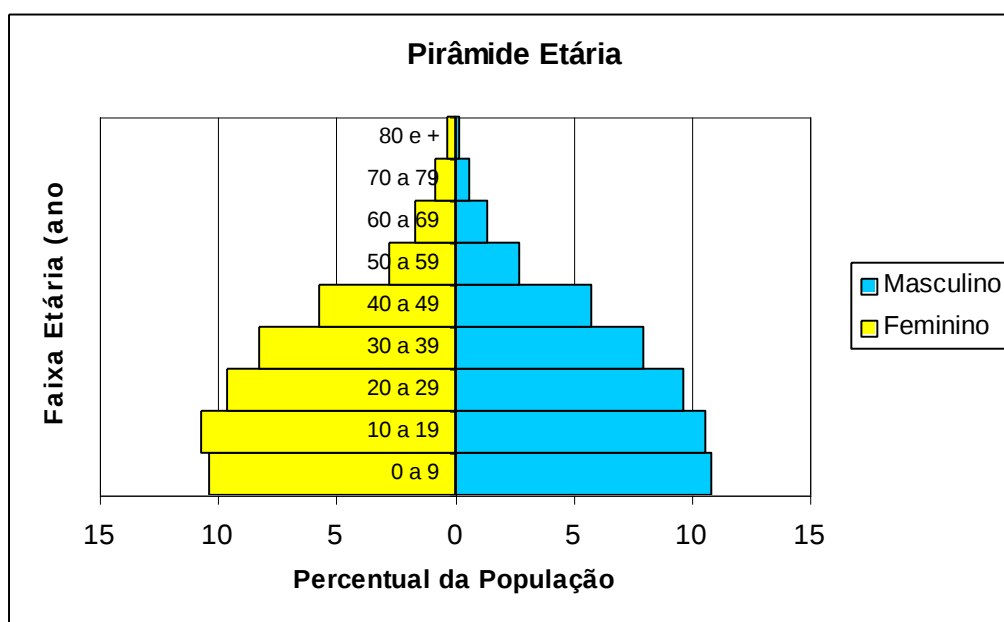


Gráfico 2: Percentual da população residente estimada, por sexo e faixa etária, Betim-MG, 2007.



4.4. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

VOCAÇÃO DO MUNICÍPIO

- Década de 40, atividade agropecuária.
- Década de 60, grande empreendimento industrial - Refinaria Gabriel Passos.

- Década de 70 criação do distrito industrial Paulo Camilo e implantação FIAT Automóveis e suas indústrias satélites.
- Hoje importante pólo de concentração industrial do Estado de Minas Gerais

Tabela 1 –Produto Interno Bruto (PIB) de cidades de grande e médio porte de MG, 2005

PIB DE MINAS			
POSIÇÃO	CIDADE	REGIÃO	PIB (EM BILHÕES R\$)
1	Belo Horizonte	Central	21,565
2	Betim	Central	12,727
3	Uberlândia	Triângulo	7,485
4	Contagem	Central	7,376
5	Uberaba	Triângulo	3,975
6	Ipatinga	Rio Doce	3,885
7	Juiz de Fora	Zona da Mata	3,674
8	Poços de Caldas	Sul de Minas	2,008
9	Montes Claros	Norte de Minas	1,843
10	Sete Lagoas	Central	1,834

Tabela 2– Produto Interno Bruto (PIB) de cidades do Brasil e Betim, 2005

PIB DO BRASIL		
POSIÇÃO	CIDADE	PIB (EM BILHÕES R\$)
1	São Paulo (SP)	146,85
2	Rio de Janeiro (RJ)	67,60
3	Brasília (DF)	37,75
4	Manaus (AM)	23,29
5	Belo Horizonte (MG)	21,56
17	Betim (MG)	12,72

4.5. ASPECTOS AMBIENTAIS

Segundo dados da Secretaria Municipal de Betim (SMS) no Município de Betim existem 85.669 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Ministério da Saúde.

Na Tabela 3, observa-se o percentual dos domicílios com acesso aos serviços de saneamento básico, coleta de lixo e energia elétrica, conforme se segue na Tabela 1:

- 97,54% da população dispõem de água tratada e fluoretada;
- 78,08% possuem rede de esgoto ou pluvial, sendo que 18,68% constituídos ainda por fossa rudimentar;
- 99,61% dos domicílios são de alvenaria e 95,95% possui energia elétrica;
- 98,15% são servidos pelo serviço de limpeza urbana (coleta seletiva do lixo, com recolhimento em dias alternados do lixo úmido e lixo seco).
- O Município possui um programa de destinação final do lixo: reciclagem, aterro sanitário, tratamento térmico e aterro industrial.

Tabela 3 – Acesso aos serviços básicos de infra-estrutura por domicílio.
Betim. Setembro 2007

Instalações sanitárias	Domicílios	Percentual
Nº Famílias cadastradas (SIAB)	85.669	100%
Abastecimento de água - rede pública	83559	97,54%
Abastecimento de água - poço/nascente	1531	1,79%
Abastecimento de água - outros	579	0,68%
Lixo-coletado	84083	98,15%
Lixo-queimado/enterrado	1290	1,51%
Lixo-céu aberto	296	0,35%
Rede geral de esgoto	66894	78,08%
Fossa	16004	18,68%
Esgoto a céu aberto	2771	3,23%
Casa de alvenaria	85339	99,61%
Energia elétrica	82199	95,95%

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabcMG.def>

4.6 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Indicadores de mortalidade:

- A taxa de mortalidade geral em 2005 foi de 4,3 óbitos para cada 1000 habitantes, apresentando declínio a cada ano desde 2001.
- A taxa de mortalidade infantil: em 2001, foi de 15,7 óbitos para cada 1000 nascidos vivos. No ano seguinte em 2002, este dado aumentou para 18,7 óbitos. Já em 2005 este indicador voltou a declinar indo para 15,2 óbitos para cada 1000 nascidos vivos.

Em 2005, a maioria dos óbitos infantis aconteceu no período neonatal precoce (<7 dias) representando 40% do total de óbitos infantis. Seguido do período pós-neonatais (de 28 dias a 1 ano) com 35,3% do total de óbitos . Ficando por último os caso de mortalidade neonatal tardia (entre 7 a 27 dias de vida) com 20% do total dos casos de mortalidade infantil em Betim.

Principais causas de morbidade (2008):

- 1) Gravidez, parto e puerpério: 6563 casos
- 2) Lesão, envenenamento e algumas outras consequências causas externas: 3122 casos
- 3) Doenças do aparelho digestivo: 1654 casos
- 4) Doenças do sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo: 1413 casos
- 5) Doenças do olho e anexos: 1270 casos
- 6) Doenças do aparelho respiratório: 1206 casos
- 7) Doenças do aparelho circulatório: 1102 casos
- 8) Algumas afecções originadas no período perinatal: 986 casos
- 9) Doenças do aparelho geniturinário: 745 casos
- 10) Contato com serviços de saúde: 601 casos

Indicador de cárie dentária:

Segundo dados dos levantamentos epidemiológicos realizados em Betim nos anos de 1994, 1996, 2000 e 2004 o índice de cárie dentária tanto em dentes decíduos (Ceo) quanto em permanentes (CPOD) apresenta-se em declínio, conforme pode ser observado na Tabela 2:

Tabela 4. Levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal. Principais resultados em Betim. 1994 a 2004

ANO	CPOD aos 12 anos	Ceo aos 6 anos
1994	3,35	3,27
1996	2,83	3,5
2000	1,04	2,26
2004	1,0	1,9

Fonte: SMS/Betim 2010

4.7 MODELO DE GESTÃO: Habilitação do Município em Gestão Plena

Segundo a SMS/Betim (2010), em 1992 houve repasse da administração do INAMPS/MS e da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de quatro Unidades de Saúde para gestão do município. Este fato caracterizou o início do processo de municipalização do município marcado pela assinatura do Termo de Adesão ao SUS.

Dois anos depois em 1994, tendo como referência a Norma Operacional Básica – NOB 01/93, Betim adquire habilitação em Gestão Semi-Plena do Sistema ao implantar ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Controle e Avaliação e Gerência das Unidades de Saúde.

Em 1998, conforme a NOB-SUS/96, o município habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal. Este período trouxe mudanças importantes que garantiram maior independência na gestão do sistema municipal e envolveu toda a estrutura organizacional administrativa e assistencial. Houve redefinição do modo financiamento às ações em saúde, ampliação

da transferência de recursos fundo a fundo e a criação do Piso de Atenção Básica Assistencial – PAB.

Ainda segundo a SMS/Betim (2010), em 2007, o município de Betim assinou o Pacto de Gestão, em conformidade com a Portaria MS/GM 399 de 22 de fevereiro de 2006.

4.8 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 21 de setembro de 1993 pela Lei nº 2329. Está funcionando corretamente segundo diretrizes do SUS. Apresenta composição paritária de 64 membros: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviços (SMS/Betim, 2010).

4.9 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Foi criado em 08 de outubro de 1991 pela Lei nº 2.140. Em 1993, esta lei foi reformulada e é apresentada hoje, em nova redação, Lei nº 2.328 de 14 de setembro de 1993 (SMS/Betim 2010).

4.10 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Na década de 1990, o município expandiu sua estrutura de saúde. Com investimento médio anual no setor superior a 20% da receita municipal, Betim aumentou a capacidade instalada das unidades assistenciais, distribuídas estrategicamente pelo município, incluindo a construção de duas unidades hospitalares (CARVALHO e CAMPOS, 2000).

O Município de Betim está dividido em 8 regionais administrativas: Regional Centro, Regional Alterosas, Regional Norte, Regional Citrolândia,

Regional Imbiruçu, Regional Terezópolis, Regional PTB e Regional Vianópolis.

A rede assistencial é composta por unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, por centros de referência, centros de convivência e laboratórios conforme apresentado abaixo:

- 03 UAI (Unidades de Atendimento Imediato) – Horário de Funcionamento 24 horas.
- 01 Centro de Referência em Especialidades Médicas “Divino Braga”
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CERSAT
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Angola
- 01 Centro de Controle de Zoonoses
- 01 Centro de Referência em DST/AIDS
- 01 Centro de Referência em Reabilitação “Anderson Freitas Andrade”
- 03 Centros de Referência em Saúde Mental
- 01 Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
- Centro de Convivência em Saúde Mental “Estação dos Sonhos”
- Hospital Público Regional Professor Osvaldo Franco
- Maternidade Pública Municipal Haydeé Espejo Conroy
- Hospital Público Municipal José Sabino Neto
- 01 Laboratório Regional de Prótese Dentária

Segundo a SMS/Betim (2010) o atendimento pré-hospitalar imediato de urgência é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e pelas Unidades de Atendimento Imediato (UAI). O SAMU, pelo seu poder de locomoção, realiza atendimento pré-hospitalar móvel e as UAI, por serem unidades de saúde, estão distribuídas em pontos estratégicos pelo município e realizam o atendimento pré-hospitalar fixo.

Em Betim há uma diversidade de Unidades de Atenção Básica. Existem UBSF com as ESF, outras unidades possuem, além das ESF, equipes de referência com médico clínico, pediatra e ginecologista, sendo denominadas Unidade Básica de Saúde da Família/Unidade Básica de Referência (UBSF/UBR). Outras continuam sendo chamadas de UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Ao todo são 33 Unidades de Atenção Básica. Destas, 13 são UBS ou UBSF/UBR e 20 UBSF. O serviço em saúde bucal existe em 9 destas 33 Unidades. As clínicas odontológicas estão localizadas nas UBS Alterosas, Alcidez Brás, Citrolândia, Imbiruçu, Laranjeiras, Angola (CEO), PTB e Vianópolis, estas funcionam no sistema tradicional PACS ou Sistema misto. Em apenas uma das treze UBSF existe ESB, que é a USF Icaivera, inaugurada recentemente.

Nos quadros 1 e 2, observa-se inserção das equipes quanto ao local de funcionamento da clínica odontológica; à localização, ao número de habitantes, ao número de famílias atendidos pelas equipes de saúde bucal; quantidade, tipo de equipe e proporção entre ESB:ESF.

No quadro 3 observa-se a população cadastrada no SIAB e a população estimada 2009, referente a cada unidades de saúde e a sua respectiva regional.

Quadro 1 – Planejamento das Equipes de Saúde Bucal. Betim. Implantação em junho de 2010 (BETIM, 2010).

TOTAL da população coberta: 123.097 hab.		Cobertura de 39% em relação à população cadastrada				
Clínicas Odontológicas	Unidade Básica de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família	Nº hab.	Nº ESB	Tipo de ESB	Proporção ESB:ESF
UBSR Citrolândia 21.530 hab.	UBSF Trinchira	ESF Charneca	3595	3	3 Tipo I	1;2
		ESF São Salvador	4165			
	UBSF Citrolândia	ESF Vila Navegantes	3359			
		ESF Vila Nova	3163			
	UBSF Colônia Santa Isabel	ESF Alto Boa Vista	3952			
		ESF Colônia Santa Isabel	3296			
UBSR Alcidez Brás 11.594.hab.	UBSF Bandeirinhas	ESF Cidade Verde 1	3123	4	3 Tipo I 1 Tipo II	1;1
		ESF Cidade Verde 2	2948			
	UBSF Cidade Verde	ESF Bandeirinhas 1	3011			
		ESF Bandeirinhas 2	2512			
UBSR Imbiruçu 18.123 hab.	UBSF Alvorada	ESF Alvorada	3001	5	4 Tipo I 1 Tipo II	1;1
		ESF Amazonas	3807			
		ESF Novo Amazonas	3292			
	UBSF Universal	ESF Granja Verde	4022			
		ESF Universal	4001			
UBSR Laranjeiras 13.264 hab.	UBSF Laranjeiras	ESF Laranjeiras 1	2969	5	5 Tipo I	1;1
		ESF Laranjeiras 2	2772			
		ESF São Cristovão	2664			
	UBSF Nova Baden	ESF Nova Baden 1	2530			
		ESF Nova Baden 2	2329			
UBSR Alterosas 18.456 hab.	UBSF Alterosas	ESF Alterosas 1	3447	5	5 Tipo I	1;1
		ESF Alterosas 2	3157			
		ESF Alterosas 2ª S.	3489			
	UBSF Cruzeiro do Sul	ESF Cruzeiro do Sul	3878			
		ESF Itacolomi	4485			
UBSF Icaivera 9.502 hab.	UBSF Icaivera	ESF Icaivera 1	3556	3	2 Tipo I 1 Tipo II	1;1
		ESF Icaivera 2	2878			
		ESF Parque do Cedro	3077			
UBSR PTB 30.628 hab.	UBSF PTB (Em processo de implantação)	ESF PTB	10230	5	4 Tipo I 1Tipo II	1;2
		ESF Vila CEMIG				
		ESF Paulo Camilo 1				
		ESF Paulo Camilo 2				
	UBSF Guanabara	ESF Guanabara	3627			
		ESF Kenedy	4117			
	UBSF Campos Eliseos	ESF Campos Eliseos	2767			
		ESF Cruzeiro	3432			
	UBSF Petrovale	ESF Petrovale 1	6455			
		ESF Petrovale 2	'			

Quadro 2 – Planejamento das Equipes de Saúde Bucal. (BETIM, 2010).

Bairro	Equipes de Saúde da Família	Nº hab.	Nº famílias	Localização	Local de funcionamento
BSF Trincheira	ESF Charneca	3595	957	Urbana Periférica	UBSR Citrolândia 21.530 hab.
	ESF São Salvador	4165	1215		
UBSF Citrolândia	ESF Vila Navegantes	3359	875	Urbana Periférica	
	ESF Vila Nova	3163	801		
UBSF Colônia Santa Isabel	ESF Alto Boa Vista	3952	826	Urbana Periférica	
	ESF Colônia Santa Isabel	3296	914		
UBSF Bandeirinhas	ESF Cidade Verde 1	3123	779	Urbana Central	UBSR Alcidez Brás 11.594.hab.
	ESF Cidade Verde 2	2948	902		
UBSF Cidade Verde	ESF Bandeirinhas 1	3011	701	Urbana Central	
	ESF Bandeirinhas 2	2512	716		
UBSF Alvorada	ESF Alvorada	3001	788	Urbana Periférica	UBSR Imbiruçu 18.123 hab.
	ESF Amazonas	3807	1056		
	ESF Novo Amazonas	3292	874		
UBSF Universal	ESF Granja Verde	4022	1134	Urbana Periférica	
	ESF Universal	4001	1081		
UBSF Laranjeiras	ESF Laranjeiras 1	2969	875	Urbana Periférica	UBSR Laranjeiras 13.264 hab.
	ESF Laranjeiras 2	2772	784		
	ESF São Cristovão	2664	747		
UBSF Nova Baden	ESF Nova Baden 1	2530	717	Urbana Periférica	
	ESF Nova Baden 2	2329	617		
UBSF Alterosas	ESF Alterosas 1	3447		Urbana Periférica	UBSR Alterosas 18.456 hab.
	ESF Alterosas 2	3157	125		
	ESF Alterosas 2ª S.	3489			
UBSF Cruzeiro do Sul	ESF Cruzeiro do Sul	3878	1056	Urbana Periférica	
	ESF Itacolomi	4485	953		
UBSF Icaivera	ESF Icaivera 1	3556	979	Urbana Rural	UBSF Icaivera 9.502 hab.
	ESF Icaivera 2	2878	794		
	ESF Parque do Cedro	3077	1003		
UBSF PTB (Em processo de implantação)	ESF PTB	10230	Em processo de implantação	Urbana Periférica	UBSR PTB 30.628 hab.
	ESF Vila CEMIG				
	ESF Paulo Camilo 1				
	ESF Paulo Camilo 2				
UBSF Guanabara	ESF Guanabara	3627	935	Urbana Periférica	
	ESF Kenedy	4117	1031		
UBSF Campos Eliseos	ESF Campos Eliseos	2767	727	Urbana Periférica	
	ESF Cruzeiro	3432	809		
UBSF Petrovale	ESF Petrovale 1	6455	Em processo de implantação	Urbana Periférica	
	ESF Petrovale 2				

Quadro 3 – População cadastrada e estimada por regional (BETIM, 2010).

REGIONAL	UNIDADE	POPULAÇÃO CADASTRADA NO SIAB		POPULAÇÃO ESTIMADA 2009	
		UNIDADE	REGIONAL	UNIDADE	REGIONAL
ALTEROSAS	BUENO FRANCO	22.732	75.399	31.628	104.907
	DOM BOSCO	12.148		16.902	
	USF CRUZ. SUL E ITACOLOMI	7.194		10.009	
	USF ALTEROSAS 1 E 2	7.282		10.132	
	USF DUQUE DE CAXIAS 1 E 2	6.100		8.487	
	USF ICAIVERA 1 E 2	6.046		8.412	
	USF MUTIRÃO 1 E 2 E ALTEROSAS 2 SEÇÃO	10.552		14.682	
	USF PARQUE DO CEDRO	3.345		4.654	
CENTRO	ALCIDES BRAZ	10.942	42.794	15.224	59.542
	CACHOEIRA	6.230		8.668	
	JARDIM PETRÓPOLIS	12.553		17.466	
	USF ALTO BRASILÉIA (ainda não inaugurou)	2.790		3.882	
	USF BANDEIRINHAS 1 E 2	4.988		6.940	
	USF CIDADE VERDE 1 E 2	5.291		7.362	
CITROLÂNDIA	USF CITROLÂNDIA VILA NOVA E VILA NAV.	5.485	18.162	7.632	25.270
	USF COLÔNIA SANTA ISABEL E ALTO BOA VISTA	6.284		8.743	
	USF TRINCHEIRA (CHARNECA E SÃO SALVADOR)	6.393		8.895	
IMBIRUÇU	IMBIRUÇU	15.646	59.175	21.769	82.333
	USF GRANJA VERDE/UNIVERSAL	7.555		10.512	
	USF LARANJEIRAS 1 E 2	6.268		8.721	
	USF NOVA BADEN 1 E 2	5.663		7.879	
	USF SÃO CRISTOVÃO	3.759		5.230	
	VILA CRISTINA	20.284		28.222	
NORTE	ANGOLA	19.130	38.061	26.617	52.956
	HOMERO GIL	18.931		26.340	
PTB	PETROVALE	6.353	31.178	8.839	43.380
	PTB	10.700		14.887	
	UBSF CAMPOS ELÍSEOS E CRUZEIRO	6.722		9.353	
	USF GUANABARA E KENEDY	7.403		10.300	
TEREZÓPOLIS	TEREZÓPOLIS	27.071	43.540	37.665	60.580
	USF ALVORADA, AMAZONAS E NOVO AMAZONAS	9.364		13.029	
	USF CAPELINHA 1 E 2	7.105		9.886	
VIANÓPOLIS	MARIMBÁ	5.650	9.187	7.861	12.782
	VIANÓPOLIS	3.537		4.921	
TOTAL		317.496		441.749	

4.11 INSERÇÃO DAS ESB NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BETIM

A Portaria GM 648 de 28 de março de 2006, estabelece os critérios necessários para a composição das ESB no programa de saúde da Família. As Equipes de Saúde Bucal inseridas no Programa de Saúde da Família em Betim estão de acordo com a determinação desta Portaria:

I - Equipe de Saúde Bucal modalidade 1 (ESB Tipo I): equipe multiprofissional, composta por cirurgião dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB), com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

II - Equipe de Saúde Bucal modalidade 2 (ESB Tipo II): equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB), e técnico em saúde bucal (TSB), com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

III - Existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

4.12 CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA DEFINIÇÃO DAS ÁREAS GEOGRÁFICAS DE ABRANGÊNCIA

Segundo a SMS/Betim (2010), para definir as áreas geográficas cobertas pelas Equipes de Saúde Bucal, foram utilizados os seguintes critérios:

- 1- Vulnerabilidade social: Foram eleitas áreas consideradas com a maior vulnerabilidade social. Algumas dessas áreas são de aglomerados populacionais e apresentam comportamento de morbidade característico.
- 2- Cobertura: A proporção CD/hab. também foi considerada. Algumas áreas possuem baixa cobertura de serviços assistenciais em saúde bucal. Em algumas regiões, chegou-se à relação de 1 CD : 14 000 hab.
- 3- Possibilidade da integralidade: Nas áreas cobertas em 100% pelas ESF, a implantação das ESB possibilita mais um avanço na garantia da integralidade da atenção. Houve ampliação do acesso aos serviços em saúde mediante a chegada de novas categorias profissionais que estão envolvidas na assistência interdisciplinar.
- 4- Acessibilidade: Muitas dessas áreas limitam o acesso aos serviços de saúde bucal por serem de difícil acesso geográfico.
(SMS/Betim 2010).

4.13 O CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

Apesar de Betim ser uma cidade possuidora do segundo maior PIB do Estado, o processo de implantação das Equipes de saúde Bucal (ESB), como preconiza a Portaria GM/MS 1444 de 2000, está acontecendo de maneira lenta comparando-se às outras cidades da RMBH. Das 33 Unidades de Saúde, apenas nove oferecem atenção em saúde bucal.

O município possui 09 clínicas odontológicas, sendo, 7 localizadas em UBS de referência, 1 em UBSF e 1 CEO. A equipe de Saúde Bucal possui uma coordenação que desenvolve projetos e programas, bem como garante a manutenção do atendimento clínico, através da compra de materiais, equipamentos e capacitação continuada dos profissionais da rede municipal de saúde.

O atual modelo de atenção está fragmentando e distribuído de forma heterogênea nas diferentes regiões do município. Algumas Unidades de Saúde utilizam o modelo tradicional, outras o PACS ou o PSF. Essa heterogeneidade confunde a população que acaba saindo de bairro em bairro a procura da unidade de saúde que melhor resolva seu problema. Isso vem como uma tentativa da população em adequar a sua necessidade de saúde aos diferentes tipos de serviços oferecidos. Além disso, segundo dados da SMS, 50% do município apresenta área descoberta. Em uma das UBS, a do Imbiruçu, utiliza-se o modelo do PACS sob fortes influências do modelo curativista tradicional diariamente pressionado pelo excesso da demanda espontânea.

Entretanto, observa-se um verdadeiro processo de reestruturação da rede de Atenção Básica em Betim. Podemos dizer que exatamente hoje vivemos este processo de mudança do modelo de atenção. Equipes novas estão sendo criadas por toda a rede e uma revolução no modelo de atenção está surgindo com a ampliação das ESF e chegada das ESB.

No dia primeiro de junho de 2010 foram implantadas 30 ESB no município. Esta data vem como um marco histórico para a assistência à saúde bucal em Betim, já que até então o Município não dispunha de nenhuma ESB implantada. A primeira equipe implantada foi na UBS/Icaivera. Na UBS Imbiruçu ocorreu ampliação do atendimento com a implantação de cinco ESB.

Na Saúde Bucal, realizamos ações de proteção e promoção à saúde, através de capacitações e atividades educativas aos usuários, realizadas principalmente pelos TSB, destacando, os grupos de escovação e higiene bucal supervisionada. Entretanto, estas atividades são oferecidas apenas a um grupo limitado de pessoas no momento em que iniciam o tratamento. O restante da comunidade, que não está em tratamento, não é beneficiado por essas ações.

A equipe odontológica é composta por 158 profissionais: 60 ASB, 30 TSB, 61 CD em atuação, destes 32 em adequação de jornada e outros 07 em cargos administrativos.

Segundo dados da SMS, há 56 consultórios instalados nas clínicas odontológicas municipais. Todas as clínicas são equipadas com aparelhos de RX, escovário, sala de expurgo e CME.

A média do atendimento de urgência/emergência é de 115 usuários por dia. Destas 48,52 % são urgências imediatas atendidas no mesmo dia; 51,48% mediata que são agendadas para mutirões de extração ou adequação.

Para classificar a necessidade de tratamento odontológico e planejar ações de atendimento, as urgências (mediatas e imediatas) são classificadas por risco alto (RA), médio (RM) e baixo (RB) conforme grau de acometimento da doença. A tabela abaixo esclarece essa classificação.

Quadro 4- Classificação das urgências/emergências segundo classificação de risco elaborada pela SMS/Betim 2010.	
Risco	Quantidade de cáries
Baixo	0 a 1
Médio	2 a 5
Alto	Acima de 6

Fonte, SMS Betim 2010

Dispõe-se ainda de profissionais treinados para prevenção e diagnóstico precoce do câncer da boca, atenção aos pacientes portadores de necessidades especiais, reabilitação bucal com tratamento endodôntico, prótese fixa e removível, além do tratamento clínico básico, odontopediátrico, periodontal e de DTM. Conta-se ainda com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para referenciar os casos mais complexos de endodontia, periodontia e cirurgia que não podem ser resolvidos nas unidades básicas. Casos complexos das demais especialidades não podem ser referenciados.

Existe uma característica no município de Betim em disponibilizar atendimento odontológico de atenção especializada dentro da Unidade Básica de Saúde. Na UBS Imbiruçu, por exemplo, tanto os serviços de atenção básica, quanto os da especializada são realizados na própria clínica. Nela, é oferecido (além do atendimento clínico básico): tratamento endodôntico, reabilitação com prótese fixa e removível, cirurgia oral menor, odontopediatria, periodontia, atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais e com DTM.

Assim, são realizados dentro das UBS procedimentos odontológicos que seriam comuns apenas aos CEO. De modo que, na UBS/Imbiruçu, do total de treze cirurgiões-dentistas disponíveis, apenas 7 executam atendimento clínico em tempo integral, os outros 6 são exclusivos da atenção especializada.

Entretanto, não podemos esquecer que na época de sua implantação, este projeto foi inovador, e hoje ele caracteriza e diferencia a atenção em saúde bucal no município. A população já habituou e aprova este modelo. De modo que, em Betim, com este serviço amplo de cobertura, conseguimos disponibilizar atenção odontológica integral ao paciente e mais próximo de sua residência.

4.14 NOSSOS PROBLEMAS

1. Oferta de procedimentos da atenção especializada dentro das UBS em detrimento às da atenção básica.
2. Falta atividades coletivas na odontologia. Os TSB executam um trabalho muito bom no momento em que acolhem os pacientes de primeira consulta. Eles participam de atividades coletivas sobre educação em saúde bucal e depois passam por seções individuais de limpeza coronária e aplicação tópica de flúor, até o momento em que estejam controlando bem a formação de placa bacteriana. Após esta etapa, eles vão para consulta com CD até receberem alta. O modelo de atendimento individualizado está bom, mas falta desenvolver e implementar atividades coletivas para que possamos atingir os outros 95% da população que não têm acesso as nossas ações.
3. Nosso trabalho em equipe é quase inexistente. Somos bem separados do restante da unidade e mais ainda dos outros setores públicos que nos cercam. Não interagimos com igrejas, creches, restaurante popular ou comércio. Trabalhos preventivos com a comunidade escolar ainda são incipientes.
4. Embora reconheça-se o empenho da atual gestão em reorganizar e melhorar a atenção em saúde, esperamos por mais mudanças no nosso processo de trabalho. Que outras atividades coletivas

preventivas sejam realmente implementadas, a fim de interferir e migrar do atual quadro dominante de doença para o de saúde bucal.

5 METAS DA SAÚDE BUCAL SMS BETIM

1. Garantir em 100% o acesso da população às ações de saúde bucal em caráter emergencial;
2. Ampliar em 3%, anualmente, o acesso da população à 1ª consulta de odontologia;
3. Obter uma taxa de cobertura dos serviços em promoção de saúde bucal de 40% da população adscrita;
4. Ampliar de 75% para 80% a porcentagem de crianças livres de cárie aos anos de idade, no município;
5. Reduzir o índice CPOD de 1,04 para 0,96 para crianças de até 12 anos;
6. Obter em 80% o índice de satisfação dos usuários dos serviços prestados (SMS/Betim, 2010).

5.1. ATIVIDADES A REALIZAR

- Planejar as ações a partir da análise das características da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde da família.
- Realizar levantamentos epidemiológicos e de necessidades, relativos à saúde bucal.
- Humanizar o atendimento através do acolhimento do usuário do serviço de saúde bucal.
- Realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal da população adscrita à UBSF no plano individual e coletivo.
- Implementar ações que incentivem a autonomia do usuário.
- Trabalhar articuladamente com toda a equipe de saúde da família, propondo estratégias que permitam alcançar as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde.

- Articular a referência e contra-referência com os serviços de maior complexidade do Sistema Único de Saúde, principalmente com o Centro de Especialidades Odontológicas.
 - Estimular ações de promoção da saúde, através da articulação intersetorial com participação e controle social.
 - Promover a capacitação e educação continuada das equipes de saúde bucal.
 - Acompanhar e avaliar permanentemente as ações realizadas
- (SMS/Betim, 2010)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de relatar a experiência da inserção das Equipes de Saúde bucal no Programa de Saúde da Família em Betim/MG.

A inserção das ESB na Estratégia de Saúde da Família trouxe grandes benefícios à população de Betim. Nas regionais onde as equipes foram implantadas ocorreu redução da proporção de usuários por profissional com conseqüente ampliação do acesso à assistência e melhoria no acolhimento.

Das 33 unidades básicas de saúde existentes, apenas 9 oferecem atenção em saúde bucal e estão distribuídas nas diferentes regionais do município. As 30 ESB recentemente inseridas foram implantadas nas clínicas tradicionais, onde já ocorria atendimento odontológico. Não houve criação de novas unidades. Optou-se por aproveitar os recursos e espaços disponíveis nas clínicas já instaladas no município. Salvo exceção da UBSF Icaivera que foi inaugurada no primeiro semestre de 2010.

O que promoveu ampliação do acesso em saúde bucal foi a ampliação da jornada de trabalho de alguns profissionais, que passou de 20 para 40 horas semanais, dobrando a oferta de serviço.

O atual cenário da saúde bucal em Betim é de conquistas, avanços e expectativas. As recém implantadas ESB ainda precisam se organizar para a nova realidade. Todo o processo foi iniciado e a atenção em saúde bucal ainda não funciona conforme preconizado na lei 1444 – não houve re-divisão do território e ainda não trabalhamos com população adscrita. O modelo de atenção está misto.

Um desafio importante para esta nova fase, é a urgência em implantar ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de agravos para toda comunidade. Nosso trabalho preventivo prioriza apenas os usuários que

conseguiram vaga para tratamento - aos demais habitantes, não chegam ações em saúde bucal.

Outro aspecto a ser considerado é a característica que a odontologia do município tem em disponibilizar atendimento da atenção especializada dentro das UBS. Muitos profissionais da rede criticam a adoção deste modelo, alegando que dentro das unidades básicas deveria priorizar o serviço de atenção primária, tendo em vista a grande demanda e carência da população por serviços básicos em saúde bucal. Dados da SMS revelam que, todo o trabalho anual da equipe odontológica da UBS Imbiruçu, atinge apenas 5% da sua referida população (estimada em 80.000 habitantes). Talvez, se priorizássemos nossas ações para a melhoria da atenção básica, a situação de saúde bucal de nossa comunidade poderia ser melhor - com mais saúde, oclusão funcional, sem priorizar tanto os serviços de especialidades.

A visibilidade que a implantação das ESB dará às ações desenvolvidas pela SMS nas regiões propostas é fator que deve ser considerado, visto que são áreas de baixo IDH e, normalmente de acesso reduzido ao atendimento odontológico por questões geográficas. Caminho este a ser percorrido pelo norte de metas pactuadas pela SMS que estabeleceu critérios tanto para ampliar o acesso, quanto para reduzir o percentual de cárie. Seguem amparados num rol de estratégias que levam em consideração o planejamento de ações, levantamento epidemiológico, humanização do atendimento e o auto cuidado.

Diante deste novo cenário, as equipes de saúde bucal precisam repensar o processo de trabalho e se organizar para mudar efetivamente o modelo assistencial. Surge nesta perspectiva a possibilidade de sair da rotina clínica diária, diminuir as “horas de cadeira” e executar tarefas extra-muros. Sendo assim, é necessário implantar idéias e projetos inovadores capazes de mudar a relação passiva que a saúde bucal vem estabelecendo com a comunidade.

Percebe-se na clínica que os usuários apresentam dificuldade para manter um grau satisfatório de higiene bucal e controle de placa. Uma das conseqüências desta situação são filas diárias e intermináveis por atendimento de urgência precipitado por pulpites, necrose e abscessos. Conforme mostrado anteriormente, nas clínicas odontológicas de Betim são 115 casos de urgência ao dia.

Desta forma não nos cabe improvisos. O problema deve ser enfrentado de maneira diferente, porque o modo como vem sendo feito não produziu resultados esperados. É preciso mudar o quadro de doença para o de saúde bucal. Mudar a ótica de valorização profissional e aproveitá-lo também para outros fins, diminuir a execução de procedimentos e sair à luta pelo estímulo ao autocuidado, a fim de reduzir o saldo negativo da dívida assistencial acumulada ao longo da história, levando melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

7 REFERÊNCIAS

1. ASSIS, T. ***A história da construção de Betim: espaço geográfico produzido por gente***. Betim: Prefeitura Municipal de Betim, MG, 1996. 110p.
2. BETIM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL. ***Projeto para implantação de 30 equipes de saúde bucal na estratégia da saúde da família***. Betim, 2010.
3. BETIM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. ***Plano municipal de saúde de Betim 2002-2005. Saúde melhor***. Betim, 2002.
4. BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. ***Guia da Saúde Pública de Betim***. Betim, 2007.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica***. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. Brasília, 2006b.
6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Guia prático do programa de saúde da família***. Brasília, 2001.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000. In: ***Diário Oficial da União***. Brasília, 2000a.
8. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 267 de 06 de março de 2001. In: ***Diário Oficial da União***. Brasília, 2001.
9. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 396 de 04 de abril de 2003. In: ***Diário Oficial da União***. Brasília, 2003a.
10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1570/GM Em 29 de julho de 2004. In: ***Diário Oficial da União***. Brasília, 2004b.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. In: ***Diário Oficial da União***. Brasília, 2006.
12. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. In: ***Diário Oficial da União***. Brasília, 2003b.
13. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial***. Brasília, 1997.

14. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPS / DAB. A implantação da unidade de saúde da família. In: **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Caderno 1, Brasília, 2000b. 44p.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n.º 17: Saúde Bucal**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.
16. BRASIL. Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 67, 07 mar. 2001, Seção 1.
17. CAMARGOS, E. O. **Movimentos Migratórios e Pendulares na RMBH: “O caso de Betim no Final do Século XX”**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2006.
18. CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica de Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(2):507-515, abr-jun, 2000.
19. CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Unidade Didática II Tópicos Especiais em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed Nescon UFMG, 2008.
20. FARIA, H.P. et al . **Módulo I. Processo de trabalho em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Unidade Didática I **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Coopmed. Nescon UFMG, 2008.
21. FARIA, H.P.; COELHO.B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS M.A. Módulo II. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Unidade Didática I Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Coopmed Nescon UFMG, 2008.
22. FOLHA DE SÃO PAULO. **Cad. Cotidiano**, São Paulo, p. 04. Publ. 26 outubro, 2000.

23. FRANCO, T.; MERRY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 03/07/2010
24. MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
25. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa saúde da família: uma estratégia de mudança do modelo de saúde**. Belo Horizonte, maio, 1997.
26. NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida**. Brasil: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_prio_atencao_basica.pdf> Acesso em 03/07/2010.
27. PALMIER, A. C. et.al. M. **Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde do Adulto**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Unidade Didática II Tópicos Especiais em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed. Nescon UFMG, 2008.
28. PALÚ, A.P.N. **A Inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, 2004.
29. VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. Ed., São Paulo: Hucitec, 2001.
30. VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Revista Saúde Coletiva**, v.2, n.8, 1999.