

ADRIANA SILVA BARBOSA

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Corinto – MG
Maio / 2010**

ADRIANA SILVA BARBOSA

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, pólo Corinto, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Flávio de Freitas Mattos

**Corinto – MG
Maio / 2010**

"É incansável buscar o
conhecimento!
Interminável é sua procura!
Aos mestres, que nos abreviam esta
procura!
O Reconhecimento sempre!!!!"

AGRADECIMENTOS

À Deus e à minha família: Meu Pai querido, minha Mãe adorável que sem ela eu não estaria fazendo este curso, às minhas irmãs Luciene, Delma e Heloisa, aos meus sobrinhos Gabriel, Bianca, Larissa, Letícia, Isabela e Marcelo, aos meus cunhados e ao meu futuro Marido Maurício.

Às minhas queridas amigas Marla Lima, Fabiola Belkiss e à minha saudosa e querida Heidiara que por vontade de Deus não está mais entre nós.

Amo a liberdade, por isso, deixo as coisas que amo livres. Se elas voltarem é porque as conquistei. Se não voltarem é porque nunca as possuí.
John Lennon

RESUMO

Durante muito tempo, as práticas odontológicas baseavam-se em um modelo imediatista de atendimento da população. Entretanto, com a reformulação dos serviços de saúde, a partir da ESF, os atendimentos odontológicos acompanham a mesma tendência. Com a inserção das equipes de saúde bucal na ESF, a atenção à saúde bucal passa a ser planejada de acordo com a necessidade da população, rompendo o modelo assistencialista, bem como propiciando a diminuição dos níveis epidemiológicos de problemas bucais apresentados pela população. O presente estudo buscou comparar e contrastar a organização da atenção à saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de Corinto com informações presentes na literatura científica nacional, visando subsidiar a melhora do atendimento odontológico à população. Foi realizado um estudo bibliográfico, descritivo e uma revisão de literatura para análise da inserção de equipe de saúde bucal na ESF, utilizando as palavras-chave Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal, no período de dezembro de 2009 a abril de 2010, nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e Pubmed. De acordo o estudo, foi possível perceber que a inserção da equipe de saúde bucal na ESF é de grande importância para a população no sentido de contribuir para diminuição dos níveis de problemas bucais apresentados pela população. No entanto, o município de Corinto, MG, não possui uma equipe de saúde bucal na ESF. Dessa forma, sugere-se a inserção de uma equipe específica para melhoria dos serviços odontológicos, sobretudo no âmbito da prevenção e promoção da saúde bucal da população.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal.

ABSTRACT

For a long time, the dental practices were based on a model of immediate care to the population. However, with the redesign of health services from the ESF, the dental care follow the same trend. With the integration of oral health teams in the FHS to oral health care is being planned according to the needs of people breaking the welfare model as well as providing epidemiological reduced levels of oral problems presented by the population. This study sought to compare and contrast the organization of oral health care in the health strategy of the family in the city of Corinth with information in the national scientific literature, to support the improvement of dental care to the population. For such a study was conducted and descriptive literature. We performed a literature review for the study on the inclusion of oral health team at FHS. According to a study it was observed that the inclusion of oral health team in the ESF is very important for people to contribute to decreased levels of oral health problems presented by the population. However, the city of Corinth, MG does not have an oral health team at FHS. Thus, it is suggested the inclusion of a specific team for improvement of dental services, especially in the prevention and promotion of oral health.

Keywords: Family Health Strategy. Oral Health Teams.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 METODOLOGIA.....	12
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	14
3.2 SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	17
3.3 O MUNICÍPIO DE CORINTO	20
3.4 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM CORINTO.....	24
4 DISCUSSÃO.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de muitos anos, as práticas odontológicas eram centradas no atendimento imediatista à população. De acordo com a necessidade e demanda espontâneas, os atendimentos eram realizados com abordagem técnica e foco individual. Até então, não havia um planejamento estratégico das ações, de forma que o serviço seguia um modelo assistencialista (ZANETTI *et al.*, 1996; BARBOSA *et al.*, 2007).

A partir do reconhecimento das consequências geradas pelo modelo assistencial vigente para a saúde coletiva, surgiram as primeiras propostas que objetivavam a remodelação do sistema de saúde. E, com a implantação do Programa de Saúde da Família, houve uma expansão dos serviços odontológicos (BALDANI, *et al.*, 2005).

Baseado nas ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação propostos pelo Programa de Saúde da Família (PSF), a atenção à saúde bucal, a partir da inserção de equipes de saúde bucal, passa a atender de forma mais ampla as necessidades da população, uma vez que se torna possível o planejamento de estratégias voltadas para o conhecimento das necessidades da comunidade e para o desenvolvimento de ações não só emergenciais, mas que se ocupa tanto do tratamento, quanto da promoção e prevenção da saúde bucal em um contexto coletivo, a partir de ações previamente programadas (CALADO, 2002).

Assim, com o intuito de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, o Ministério da Saúde, através da Portaria 1.444/GM de 2000, determinou a inclusão

da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e o incentivo financeiro para tal, através da incorporação das Equipes de Saúde Bucal no PSF (BRASIL, 2002).

A partir da inserção das equipes de saúde bucal, como apontam os estudos de Calado, 2002; Barbosa, Brito e Costa, 2007; Lourenço *et al.*, 2009, tem-se percebido o aumento do acesso aos serviços de saúde bucal por parte da população, bem como observado uma diminuição dos índices epidemiológicos de saúde bucal.

Com a inclusão das ações de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família (ESF), torna-se possível conhecer melhor as necessidades da população. Isso se dá através de um acompanhamento próximo dos usuários e possibilita o melhor planejamento de ações coletivas para promoção e prevenção, superando assim, o modelo assistencialista e imediatista de atendimento odontológico. Nesse contexto, a partir dos princípios do PSF, é possível haver a integralidade das ações, considerando tanto a reabilitação, quanto a prevenção, planejando estratégias que visem à coletividade e estejam em consonância com as necessidades da população (BARBOSA, 2007).

Outro aspecto relevante é que a prevenção e promoção da saúde bucal além de contribuir para a melhoria geral da atenção e, conseqüentemente, dos níveis de saúde bucal, podem ser realizadas de forma simples e com baixos custos. Assim, além de envolver a comunidade através da co-participação, contribui para o desenvolvimento de uma consciência preventiva e, por sua vez, ocasionar resultados positivos a longo prazo para a saúde coletiva, possibilitando a redução do ônus para o poder público (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997).

O presente estudo busca comparar e contrastar a organização da atenção à saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de Corinto com

informações presentes na literatura científica nacional, visando subsidiar a melhora do atendimento odontológico à população.

Com isso, busca-se elucidar o problema abordado referente à necessidade de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de Corinto, MG.

2 METODOLOGIA

As pesquisas científicas produzem conhecimento. Na área da saúde, elas permitem a maximização da qualidade do serviço de saúde e melhoria da assistência, já que possibilita a formulação de questionamentos, reunião de informações e planejamento de estratégias capazes de superar as necessidades da população e vencer os desafios enfrentados na saúde pública. No campo da odontologia, esses estudos são de grande valia visto que, atualmente, busca-se a melhoria dos cuidados com a saúde bucal, ultrapassando o modelo assistencialista.

Entretanto, a pesquisa científica deve ser pautada em um critério metodológico. Para o desenvolvimento de um estudo, há necessidade de definição do método empregado no mesmo.

O termo metodologia originou-se da justaposição de meta e hodos que significa “através ou ao longo do caminho”, descende assim, de “methotos”, palavra de origem grega. De acordo com Magalhães (2005), metodologia significa o estudo ou a ciência do caminho, pretende-se dessa forma que o estudo em questão siga um caminho racional para facilitar a obtenção do conhecimento, permitindo assim, que outros estudiosos sigam o mesmo caminho, contribuindo de forma positiva para a ciência.

Assim, ao utilizar a expressão “método científico”, pretende-se demonstrar a estrutura elaborada para o desenvolvimento de um processo no qual serão levantadas questões acerca do assunto abordado. Neste contexto, o autor afirma que, em termos gerais, a metodologia significa a descrição e busca de caminhos para resolver problemas.

A presente pesquisa, por sua vez, tem caráter bibliográfico e descritivo. Foi realizada uma revisão de literatura para o estudo sobre a inserção de equipe de saúde bucal no PSF.

Os estudos de natureza descritiva, segundo Triviños (1987), têm por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Segundo Vergara (2004, p.48), “pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido como base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral”. Para o estudo, fornece instrumento analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma.

O presente estudo foi realizado através de livros e artigos científicos nacionais. Os artigos foram extraídos de bases de dados: Scielo, Lilacs, Medline e Pubmed a partir das palavras chaves “estratégia de saúde da família”, “saúde bucal”, “inserção equipe saúde bucal” e “atendimento odontológico” buscando informações sobre o assunto, no período de dezembro de 2009 a abril de 2010.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Programa de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), nos últimos anos, tem se transformado no principal alavancador da reorganização dos serviços de saúde pública na atenção básica oferecida pelos governos. Dessa forma, Souza e Roncalli (2007), a partir de seus estudos, afirmam que este programa apresenta, como estratégia de desenvolvimento, a reformulação do processo de trabalho utilizado no atendimento aos pacientes, assim, busca adaptar-se às necessidades da população. Para tanto, o PSF encontra-se inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e encontra-se centrado na vigilância à saúde por meio de ações que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Contudo, este programa baseia-se principalmente na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada principalmente para a família. Neste contexto, é possível afirmar que este Programa transformou-se no carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) visa garantir à população brasileira o acesso aos serviços públicos de saúde como forma de concretizar os direitos da

população estabelecidos por lei. A partir da Constituição Federal de 1988, as diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade são estabelecidas e baseiam o SUS. Entretanto, esse sistema surge em um contexto de saúde assistencialista, em que predomina o modelo hospitalocêntrico, com baixa resolubilidade dos problemas de saúde em um ciclo de insatisfação geral da população e equipes de saúde diretamente vinculados ao caráter imediatista e pouco eficaz dos serviços de saúde pública (SPS, 2000).

Em contraposição a esse modelo ineficiente e com altos custos aos cofres públicos, baseado em uma estratégia preventiva que promovesse a saúde e desafogasse os serviços de atenção terciária, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde de forma programada e suprimindo as necessidades, em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil, em resposta a conjuntura em que o país se encontrava, implantou o Programa de Saúde da Família (SPS, 2000).

Com a mudança do ponto de vista do modelo de assistência à saúde, surge um novo objeto de atenção, a família, e um novo enfoque de atuação, a atenção primária. Dessa forma, os serviços de saúde passam por uma reorganização e ações, programas, projetos passam a ser estrategicamente planejados pelas equipes de saúde (CALADO, 2002).

Aguiar (1998) destaca que o PSF foi impulsionado por duas ações federais, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS Nº 01/96), que possibilitou a valorização da cobertura pelo programa, por meio de incentivo financeiro aos municípios e o Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) – Reforsus, que foi uma iniciativa do Ministério da Saúde que se deu com o financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial. Com isso, foi possível implantar e expandir o PSF.

Inicialmente, o PSF tinha características de um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), viabilizado por meio de repasses financeiros de valores fechados e sem garantia de continuidade, a partir de convênios e objetivava cobrir áreas de risco mapeadas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (D'AGUIAR, 2001).

Em 1995, com a transferência do programa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e com o sucesso do programa mediante apresentação de bons resultados e desenvolvimento de novas práticas e abordagens profissionais, foram retomadas as discussões quanto ao financiamento (CALADO, 2002).

Logo nos primeiros dias de janeiro de 1996, a remuneração passou a ser realizada baseada na tabela de procedimentos do SIA/SUS, e ainda, de forma diferenciada para os serviços. Segundo Viana e Dal Poz (1998 citado por Calado, 2002) é neste momento que o programa passa a perder seu caráter de programa, passando a ganhar o de reestruturante dos serviços como instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS (CALADO, 2002, p.28).

Nesse sentido, destaca-se que o PSF visa à reorganização da prática assistencial, baseado em novos critérios, e vem em substituição ao modelo assistencialista tradicional que era realizado com enfoque curativo, de forma hospitalocêntrica. A partir da nova prática de saúde proposta pelo programa, a atenção passa a ser centrada na família e ter enfoque preventivo com realização de ações primárias na atenção básica à saúde. Essa estratégia possibilita a integração e a organização das atividades em um território definido, com a intenção de suprir as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2001b).

3.2 Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

Sabe-se que os fatores biológicos são essenciais para a manifestação de muitas doenças. Entretanto, muitas doenças têm caráter endêmico e podem ser influenciadas por outros fatores capazes de condicionar o surgimento e evolução das mesmas (PINTO, 1989).

Isso pode ser observado quando falamos da saúde bucal. Além das questões culturais e socioeconômicas, os hábitos e acesso restrito aos serviços, muitas vezes, comprometem a saúde bucal da população e doenças que poderiam ser prevenidas acabam ganhando dimensões enormes para o indivíduo.

Ainda que a cárie dentária e as doenças periodontais, as duas doenças mais prevalentes em odontologia, sejam preveníveis ou passíveis de controle e as medidas necessárias sejam relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são alcançados. E isso porque a prevalência e a incidência dessas patologias vêm associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas como resultado de interações biológicas na placa bacteriana dentária (UNFER e SALIBA, 2000, p. 191).

Nesse sentido, Roncalli (2000) afirma que o Brasil apresenta alto índice de prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie dentária e a doença periodontal.

Dessa forma, é possível observar que, preocupados com estes índices, os municípios vinham adotando estratégias para resolver estes problemas, mesmo antes da Portaria numero 1444 de 28 de dezembro de 2000, publicada pelo ministro da saúde em exercício, José Serra, que rege os PFS (Programa de Saúde da Família) que trabalham com a saúde bucal (CALADO, 2002).

De acordo com Calado (2002), a partir da publicação desta portaria, ocorreu uma mudança drástica, pois houve uma explosão do número de municípios trabalhando com Equipes de Saúde Bucal da Família (ESBF), num intervalo menor que dois anos (dezembro de 2000 a março de 2002).

Em fevereiro de 2002, já eram 1.526 municípios de acordo com a Tabela 1, a partir de dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002 *apud* CALADO, 2002).

TABELA 6 – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal da Família por Unidade Federativa. Brasil, 2002.
COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA

UF	Nº DE MUNICÍPIOS			POPULAÇÃO			Nº ESB (3)
	TOTAL	COM ESB	%	TOTAL(1)	ACOMPAN HADA (2)	%	
AC	22	8	36,36%	574.355	96.600	16,82	14
AM	62	10	16,13%	2.900.240	144.900	5,00	21
AP	16	0	0,00%	498.735	0	0,00	0
PA	143	6	4,20%	6.341.736	62.100	0,98	9
RO	52	8	15,38%	1.407.886	131.100	9,31	19
RR	15	0	0,00%	337.237	0	0,00	0
TO	139	42	30,22%	1.184.895	317.400	26,79	46
NORTE	449	74	16,48%	13.245.084	752.100	5,68	109
AL	102	71	69,61%	2.856.629	1.228.200	42,99	178
BA	417	49	11,75%	13.214.114	814.200	6,16	118
CE	184	129	70,11%	7.547.620	2.221.800	29,44	322
MA	217	19	8,76%	5.730.467	379.500	6,62	55
PB	223	154	69,06%	3.468.594	1.559.400	44,96	226
PE	185	56	30,27%	8.008.207	1.311.000	16,37	190
PI	222	167	75,23%	2.873.010	1.524.900	53,08	221
RN	167	103	61,68%	2.815.244	1.069.500	37,99	155
SE	75	34	45,33%	1.817.301	621.000	34,17	90
NORDESTE	1.792	782	43,64%	48.331.186	10.729.500	22,20	1.555
DF	1	1	100,00%	2.097.447	193.200	9,21	28
GO	246	175	71,14%	5.116.462	1.759.500	34,39	255
MS	77	21	27,27%	2.111.036	262.200	12,42	38
MT	139	53	38,13%	2.560.584	427.800	16,71	62
C. OESTE	463	250	54,00%	11.885.529	2.642.700	22,23	383
ES	78	26	33,33%	3.155.016	338.100	10,72	49
MG	853	66	7,74%	18.127.096	779.700	4,30	113
RJ	92	1	1,09%	14.558.545	6.900	0,05	1
SP	645	74	11,47%	37.630.106	924.600	2,46	134
SUDESTE	1.668	167	10,01%	73.470.763	2.049.300	2,79	297
PR	399	104	26,07%	9.694.709	1.297.200	13,38	188
RS	497	22	4,43%	10.309.819	186.300	1,81	27
SC	293	127	43,34%	5.448.736	1.186.800	21,78	172
SUL	1.189	253	21,28%	25.453.264	2.670.300	10,49	387
TOTAL	5.561	1.526	27,44%	172.385.826	18.843.900	10,93	2.731

Fonte: Adaptado de Calado, 2002.

Em concordância, Souza e Roncalli (2007) afirmam, baseados em seus estudos, que, ao entender e aceitar a saúde bucal como parte integrante da saúde

pública, os governantes contribuíram de forma positiva para a saúde da população, assim, a sua incorporação ao PSF tem sido apresentado como possibilidade de romper com os modelos que estão em vigência e que se baseiam no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Assim, o PSF, a partir de sua finalidade, busca romper com a lógica programática dos modelos ultrapassados de assistencialismo, visto que não procura somente articular as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, e sim na busca ativa pelas famílias em seu conjunto que podem ser consideradas como núcleo social primário.

Dessa forma, Souza e Roncalli (2007) contribuem citando que o aumento do incentivo financeiro, concedido pelo Ministério da Saúde, para a saúde bucal no PSF nos últimos anos, é reflexo da sua relevância no novo momento político do Brasil. Para tanto, a atual Política Nacional de Saúde Bucal tem como uma de suas principais finalidades, do ponto de vista assistencial, a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica através do PSF. Ainda com relação à assistência, a política incentiva o aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, que são unidades de referência para as equipes de saúde bucal.

Contudo, dentro deste contexto, é possível analisar o quanto a inserção da equipe responsável pela saúde bucal nos PSF tornou-se importante nos dias atuais, já que a população encontra-se preocupada com a saúde, buscando tratamento para os problemas acarretados pela má conservação dos dentes, afirma Souza e Roncalli (2007).

3.3 O Município de Corinto

3.3.1 Histórico

A região onde se situa o município de Corinto foi desbravada, por volta de 1900, pelos tropeiros que a atravessaram de norte a sul e de leste a oeste, implantando o comércio.

O nome de Corinto, dado à antiga povoação de Currálinho, não encerra significado particular algum. Teve origem na escolha de um vigário que adotou para a cidade o nome da famosa cidade grega. O nome anterior, Currálinho, veio devido aos pequenos currais feitos pelos tropeiros, quando de passagem em demanda do Rio de Janeiro. Acampavam na parte alta do povoado à beira de um arroio. O local é hoje um bairro populoso e, apesar do nome que porta – Bairro Gomes Carneiro, tem a designação popular de “Currálinho Velho”.

Os primitivos habitantes foram, pois, agricultores e alguns tropeiros, cuja residência era fixada em Corinto. A povoação de Currálinho floresceu e veio transformar-se em cidade, com a passagem da Estrada de Ferro Central do Brasil.

3.3.2 Formação Administrativa

O distrito de Corinto, anteriormente povoado de Pilar, foi oficializado mediante promulgação da lei estadual nº 2, de 14-09-1891 e era subordinado ao

município de Curvelo. Através da lei estadual nº 556, de 30-08-1911, sua sede foi transferida para a Estação Curralinho.

Posteriormente, Corinto foi promovido à categoria de município pela lei estadual 843, 07-09-1923, sendo separado de Curvelo. Dessa forma, o município foi constituído de cinco distritos: Corinto, Andrequicé e Glória, os dois primeiros desmembrados de Curvelo e o último desmembrado de Diamantina. Através da lei estadual, citada acima, foram criados também os distritos de Cóntria e Santo Hipólito, que por sua vez foram incorporados ao município de Corinto. Assim, pela divisão administrativa do ano de 1933, o município é constituído de 5 distritos: Corinto, Andrequicé, Contria, Nossa Senhora da Glória (ex-Glória) e Santo Hipólito.

Pela divisão territorial ocorrida em 2001, o município é constituído de 3 distritos: Corinto, Beltrão e Cóntria. Tal divisão permanece mediante alteração datada de 2007.¹

3.3.3 Dados Gerais

O município de Corinto – MG, com bioma predominante cerrado, possui uma área de 2.524,50 km² e uma população de 23.048 habitantes (IBGE, 2007).²

As tabelas 1, 2 e 3 demonstram a distribuição da população na área urbana e rural por faixa etária³.

¹ Texto retirado da fonte: Enciclopédia dos Municípios Brasileiros – Volume XXIV ano 1958.

² Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais (2007).

³ Fonte: Fundação João Pinheiro. Governo de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.fjp.gov.br/>
Acesso em 15/06/10

Tabela 1. Distribuição da população na faixa etária entre 5 e 10 anos.

MUNICÍPIO	5 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos
Corinto	465	500	459	472	474	491
Urbana	396	440	409	421	412	426
Rural	69	60	50	51	62	65

Fonte: Fundação João Pinheiro / 2010.

Tabela 2. Distribuição da população na faixa etária entre 11 e 19 anos.

MUNICÍPIO	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 e 17 anos	18 e 19 anos
Corinto							
Urbana	503	523	516	491	544	1 098	1 031
Rural	456	469	456	427	494	978	921
	47	54	60	64	50	120	110

Fonte: Fundação João Pinheiro / 2010.

Tabela 3. Distribuição da população na faixa etária entre 20 e 60 anos ou mais.

MUNICÍPIO	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos ou mais
Corinto	277 173	231 428	221 595	210 931	336 596	257 558	316 525
Urbana							
Rural	2 091	1 702	1 651	1 789	2 865	1 888	2 740
	1 864	1 489	1 426	1 552	2 541	1 600	2 323
Total	227	213	225	237	324	288	417

Fonte: Fundação João Pinheiro / 2010.

De acordo com o censo demográfico realizado pelo IBGE (2000), Corinto/MG possui um total de 5.624 domicílios urbanos permanentes. Desses domicílios, 5.489 possuem rede geral de água, 28, poço ou nascente e 107 utilizam outras formas de abastecimento. Em relação aos domicílios rurais, Corinto possui 897 particulares, dos quais 8 possuem rede geral de água, 797, poço ou nascente e 92, outras formas.

No que se refere ao esgoto, dos 5.624 domicílios urbanos permanentes, 3.508 possuem rede geral, 16, possui fossa séptica, 1.876 utilizam outras formas e 224 domicílios não possuem rede de esgoto (IBGE, 2000).

Quanto a alguns serviços e bens duráveis existentes nos domicílios, o Censo demográfico realizado pelo IBGE (2000) aponta que dos 6.521 domicílios permanentes do município de Corinto, 4.961 tem acesso à coleta de lixo, 6.209, à energia elétrica, 1.556 possuem linha telefônica instalada. Dos domicílios, foi constatado que 394 possuem forno microondas, 5.198, freezer ou geladeira, 803 têm máquina de lavar, 65, ar condicionado, 5.823 possuem rádio, 5.654 têm televisão, 1.681, vídeo cassete, 223 possuem micro computador e 1.584 têm automóvel para uso particular.

A estrutura etária por sexo no município de Corinto – MG pode ser observada mediante os dados apresentados nas tabelas 4, 5 e 6.

Tabela 4. Estrutura Etária por sexo no Município de Corinto – MG (0 a 4 anos).

MUNICÍPIO	TOTAL	0 a 4 anos					
		Total	Menos de 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos
Corinto.....	24.546	2.253	452	416	453	443	489
Homens.....	11.964	1.120	236	205	225	206	248
Mulheres.....	12.582	1.133	216	211	228	237	241

Fonte: IBGE / 2000.

Tabela 5. Estrutura Etária por sexo no Município de Corinto – MG (5 a 29 anos).

MUNICÍPIO	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 anos	16 e 17 anos	18 e 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos
Corinto.....	2.370	2.524	544	1.098	1.031	2.091	1.702
Homens.....	1.207	1.292	271	570	517	1.030	813
Mulheres.....	1.163	1.232	273	528	514	1.061	889

Fonte: IBGE / 2000.

Tabela 6. Estrutura Etária por sexo no Município de Corinto – MG (30 a 80 anos ou mais).

MUNICÍPIO	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Corinto.....	1.651	1.789	1.580	1.285	1.027	861	801	695	543	339	362
Homens.....	770	848	767	619	502	414	364	329	232	153	146
Mulheres....	881	941	813	666	525	447	437	366	311	186	216

Fonte: IBGE / 2000.

Baseado na estrutura etária por sexo, observa-se um número maior de mulheres na população geral.

3.4 Organização da Atenção à Saúde Bucal em Corinto

A cidade de Corinto possui sete unidades de ESF, das quais nenhuma possui ESB. Baseado nisso, desde 2009, o município, com intuito de oferecer à população atendimento odontológico, disponibiliza seis cirurgiões-dentistas trabalhando na rede pública, dos quais cinco atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS) e um no consultório da APAE. Além disso, a equipe conta com um TSB que promove a prevenção em escolas, asilos e ESF participando dos grupos operativos para gestantes, hipertensos e diabéticos. A equipe tem ainda, parceria com entidades municipais como o Lions Clube.

Cada dentista fica responsável por uma ESF. É feito levantamento de necessidades para avaliar os riscos e priorizar a atenção. O atendimento acontece na UBS. Há, portanto, cobertura de todas as ESF e da população da Zona Rural.

Entretanto, ressalta-se que o vínculo dos Cirurgiões-Dentistas (CD) não é de 40 horas semanais e que as ESF não possuem espaço físico para receber a ESB.

As ESB vêm conseguindo cumprir a meta de 1ª consulta pactuada com a Secretaria de Estado da Saúde que é de 814. Com isso, há o reconhecimento da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Sete Lagoas em relação ao desempenho e responsabilidade de toda a equipe. Contudo, para atender a toda população adscrita nas unidades é de suma importância que haja a ESB nas ESF. Dessa forma, o bom indicador de saúde bucal poderia ser elevado.

Mesmo sem haver a ESB e sem a estrutura necessária são realizadas reuniões mensais para planejamento e avaliação das ações, levantamento epidemiológico e de necessidade, atendimento das urgências e demanda programada. O agendamento então é feito através das ESF, com a participação da enfermeira e dos ACS. Trabalha-se com prontuários para SB; fichas clínicas e anamnese, que são assinadas pelo paciente. São feitas palestras pela TSB, com frequência, sob supervisão do CD; todo trabalho e ações são divulgados através do rádio e fotos. Várias dicas de saúde bucal são feitas na rádio local.

As ESF estão muito bem distribuídas geograficamente no município, então, com a criação das ESB, estas estariam nos espaços adequados e em quantidade suficiente.

4 DISCUSSÃO

Baseando no exposto acima, é possível considerar que o Programa de Saúde da Família se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas. Foi concebido e implantado em 1994 com o objetivo de proceder à 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 (RONCALLI, 2000).

Durante o processo, diversos mecanismos institucionais foram estabelecidos para estimular a adesão por parte dos municípios. Hoje, o Programa de Saúde da Família é considerado o principal modelo assistencial adotado no Brasil, sendo utilizado na cidade de Corinto, e busca a reorganização de práticas assistenciais municipais.

Entre os mecanismos institucionais que buscaram aumentar a adesão por parte dos municípios ao PSF, discussões sobre a necessidade de inclusão de outras categorias profissionais, e, conseqüentemente, outras ações básicas em saúde, também surgiram (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Paralelamente, na esfera da saúde bucal coletiva, iniciativas estavam sendo realizadas no sentido de inserir a Odontologia e suas atividades correlacionadas na estrutura do PSF, já preconizada e difundida pelos três níveis de gestão e em processo de construção em vários municípios brasileiros (LOURENÇO *et al.*, 2009). Entretanto, na cidade de Corinto, o modelo assistencial da saúde bucal ainda não se baseia na ESB.

A confirmação e identificação de que atividades em saúde bucal já estavam sendo realizadas mesmo antes da definição pela gestão federal apontam para uma importante necessidade de se estabelecer programas, projetos e modelos que contemplem aspectos como a multidisciplinaridade desde sua concepção (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Entendendo-se saúde como resultante de uma série de ações multi e interdisciplinares, além de intersetoriais, alguns municípios iniciaram o desenvolvimento das mesmas. Isso se dá também em relação à equipe de saúde bucal.

Tratando-se da saúde bucal, historicamente referendada de forma secundária pelos sistemas de saúde, o desenvolvimento de experiências inovadoras e bem sucedidas na área, comumente têm sido identificadas em casos pontuais e isoladas no cenário nacional.

Entre as experiências com êxito, alguns modelos têm sido adotados pelos municípios como fenômenos de reorganização da prática assistencial. Dentre esses modelos, aqueles trabalhados com o Sistema Inversão da Atenção, Atenção Precoce em Odontologia e os centrados no núcleo familiar são os que mais se destacam (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Entre alguns aspectos que podem ser observados nessas experiências são: a maior sensibilidade do gestor municipal e/ou estadual para o assunto; a existência de instituições de ensino superior trabalhando em parceria com os órgãos gestores; e a existência e suficiência de recursos financeiros para a implementação inicial e continuidade de execução das atividades (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Após o estabelecimento de incentivos financeiros, por parte do Ministério da Saúde (Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000), para a implantação de

equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, a inserção das mesmas torna-se muito mais fácil devido aos incentivos, o que por sua vez, por si só já serve de incentivo para tal inserção (ALVES, 2005; RONCALLI, 2000).

Permitindo-se essa atuação multiprofissional nas atividades odontológicas no município, espera-se que o caráter excludente, de alto custo, baixo impacto social e baixa resolutividade apresente um potencial fator de diferenciação positiva nos processos de trabalho (CALLADO, 2002).

Acrescenta-se, nesse contexto, que embora a cidade de Corinto tenha ESF que atendam numérica e geograficamente a população e que vinculada à ESF há uma equipe de dentistas que atendem a demanda da população, tais serviços não são organizados da forma como deveriam, de forma a contemplar a ESB. Embora os indicadores de saúde bucal sejam bons no município, a implementação de uma ESB em Corinto melhoraria toda a dinâmica, estrutura e, conseqüentemente, os indicadores, bem como contribuiria para diminuição dos níveis epidemiológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família é de grande importância. Ela pode responder à necessidade da população de receber acompanhamento odontológico planejado, de forma a resolver os problemas já instalados e prevenir as prováveis afecções que podem acometer a saúde bucal da população.

Em um âmbito interdisciplinar, a equipe vem somar ao programa mediante aplicação dos recursos e conhecimento para a redução dos níveis epidemiológicos no que se refere à saúde bucal.

Nesse mesmo contexto, o investimento em equipes de saúde bucal no Município de Corinto é de suma importância já que ele possibilita a melhoria do serviço odontológico prestado à população e diminuição dos níveis epidemiológicos em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. S. **A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?** Rio de Janeiro, 1998. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saude Publica**, 2005; 21(4):1026-1035.
- BARBOSA, A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras**, 2007 jul./set.; 10 (3): 53-60.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Brasília, janeiro. 2001. 2001b.
- _____. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- CALADO, G. S. **A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios**. 2002. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 2002. 137p.
- COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. Educação em saúde. In: OLIVEIRA, A. G. R. C.; ALBUQUERQUE, A. J.; REGO, D. M.; SILVA, E. M.; SOUZA, E. C. F.; COSTA, I. C. C. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN; 1997. p.223-50.
- D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa de Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda-RJ**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- IBGE. Censo Demográfico do Estado de Minas Gerais. 2000.
- LOURENÇO, E. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIN, M. C.; PEREIRA, A. C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, 14(Supl. 1):1367-1377.
- PINTO, V. G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Rev Saúde Pública**, v. 23, 1989, p.509-14.
- RONCALLI, Angelo Giuseppe. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. (2000). Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2000, 238p.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do Modelo Assistencial. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.11, p.2727-2739, 2007.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE (SPS). Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNFER, Beatriz; SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, 34 (2), 2000, p. 190-5. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp

VERGARA, Sylvia Constant. **Gestão de pessoas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B.T. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS**. *Divulgação em Saúde para Debate* 1996; 13:18-35.