

Organização e resolutividade dos serviços públicos odontológicos para a atenção em saúde bucal de pré-escolares: estudo em dois municípios brasileiros

Anna Rachel dos Santos Soares¹, Fernanda Lamounier Campos¹, Paula Cristina Pelli Paiva², Mara Vasconcelos¹, Maria Inês Barreiros Senna¹, Raquel Conceição Ferreira¹

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Objetivo: Descrever a organização e a resolutividade da rede pública de saúde para a atenção em saúde bucal de crianças de zero a seis anos em dois municípios brasileiros.

Métodos: Estudo transversal descritivo realizado com dados secundários dos prontuários de crianças atendidas pelos serviços de saúde bucal [convencional ou Equipes de Saúde Bucal (ESB)] nos municípios de Belo Horizonte, 2014, e Diamantina, em 2015, Minas Gerais, Brasil. A resolutividade foi avaliada pela relação entre os percentuais de Tratamento Odontológico Concluído (TC) e de Primeira Consulta (PC). Nos dois municípios, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Em Belo Horizonte, amostra representativa das crianças foi selecionada entre aquelas examinadas no Levantamento de Necessidades pelas ESB em 18 das 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em Diamantina, a organização do atendimento odontológico é o convencional e se dá por livre demanda, sendo realizado em quatro das sete UBS. Análise descritiva dos dados foi realizada para obtenção de frequências absolutas e relativas.

Resultados: Foram analisados 1.344 prontuários em Belo Horizonte, 595 deles de crianças (44,27%) tiveram PC. Destas, 295 (21,95%) tiveram TC, com resolutividade de 49,58%. No município de Diamantina, todos os 43 prontuários odontológicos de crianças encontrados nas UBS com atendimento odontológico foram avaliados. Destas, 29 crianças (67,44%) tiveram a PC e 11 (25,58%) TC, representando resolutividade de 37,93%.

Conclusão: Há diferenças na organização e no modelo de atenção em saúde bucal para crianças nos municípios estudados. Para os dois municípios, o acesso e a resolutividade das crianças ao cuidado em saúde bucal se constituem em desafios para os serviços públicos de saúde na APS.

Descritores: Assistência odontológica. Avaliação em saúde. Cuidado da criança. Epidemiologia. Estratégia Saúde da Família.

Submetido: 30/05/2019

Aceito: 27/07/2019

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada

a porta de entrada para os serviços de saúde, com ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico,

Autor para correspondência:

Anna Rachel dos Santos Soares.

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). Telefone: +55 31 3409-2442.

E-mail: anna.soares@outlook.com

o tratamento, a reabilitação e a manutenção de saúde¹. Em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como modelo para a reorganização da APS², com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população¹ por meio de uma prática de atenção integral para a resolução da maioria dos problemas e demandas desses indivíduos, famílias e comunidade, a partir de um território definido².

No ano de 2000, um incentivo foi dado à incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF³, no intuito de favorecer a ampliação do acesso ao tratamento odontológico pelos brasileiros. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente apresentou como meta a produção do cuidado a partir da reorientação de concepções e práticas no campo de saúde bucal, introduzindo ações programáticas de forma mais abrangente⁴. Um dos pressupostos desta política é a realização de práticas contínuas de avaliação, que contribuam para a consolidação e reformulação das ações em saúde, favorecendo a garantia do acesso e resolutividade dos serviços. A resolutividade pode ser entendida como uma resposta à demanda em saúde de um usuário obtida a partir dos dados de atendimento à população, permitindo avaliar a efetividade das ações em saúde⁵⁻⁷.

A PNSB propõe também a atenção em saúde bucal por linhas de cuidado, reconhecendo especificidades próprias da idade, sendo a saúde da criança uma delas⁴. Para garantia de acesso e resolutividade na atenção em saúde bucal da criança, é necessário que a rede pública de saúde se organize de forma a permitir a articulação dos serviços e a atenção contínua e integral a estes usuários⁸, com um planejamento de ações que leve em conta a realidade da população infantil. Nesse contexto, a avaliação da resolutividade das ações em saúde bucal deve considerar a organização dos serviços, considerando as especificidades de cada município e a incorporação das ESB na ESF. Um estudo prévio realizado em Marília, São

Paulo (SP), Brasil, no período de 2007 a 2009, demonstrou que a resolutividade das ações em saúde bucal, realizada dentro da ESF, foi duas vezes maior do que a observada no modelo convencional de atenção à saúde⁹. Apenas um estudo foi encontrado sobre a influência da organização dos serviços na resolutividade da atenção à saúde bucal do SUS para crianças¹⁰, sugerindo que a incorporação da ESB na ESF favoreça o acesso aos serviços odontológicos.

Este estudo transversal descritivo buscou caracterizar a organização e a resolutividade dos serviços de saúde ofertados na APS em dois municípios brasileiros, Belo Horizonte e Diamantina, Minas Gerais (MG) com foco na atenção às crianças pequenas da faixa etária de zero a seis anos.

MATERIAL E MÉTODOS

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), parecer nº 666.596/14 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA – PBH), parecer nº 773.635/14, e pela Secretaria da Saúde de Diamantina (Memorando Interno nº33).

DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo desenvolvido por meio da coleta de dados secundários dos prontuários odontológicos das crianças atendidas pelos serviços de saúde bucal da APS dos municípios de Belo Horizonte, MG, e Diamantina, MG, cujos modelos de atenção são ESB na ESF e convencional, respectivamente. Estes dois municípios foram selecionados por conveniência e por adotarem diferentes modelos de organização dos serviços de saúde bucal (Quadro 1).

Quadro 1 - Organização dos Serviços de Saúde Bucal de Belo Horizonte e Diamantina, Minas Gerais, 2014

Municípios	Belo Horizonte (MG)	Diamantina (MG)
Modelo de Atenção da APS	Estratégia Saúde da Família (ESF)	Estratégia Saúde da Família (ESF)
Organização dos Serviços de Saúde Bucal	Equipes de Saúde Bucal (ESB)	Serviço odontológico convencional

As ações para programação, oferta e territorialização da APS no âmbito da saúde bucal dependem da organização dos serviços municipais. Em Belo Horizonte, as ESB estavam inseridas na

ESF, sendo que uma das ações realizadas para a atenção à saúde bucal era o levantamento anual de necessidades de tratamento odontológico das crianças matriculadas nas escolas da rede pública

e conveniadas (como creches) da PBH. Já em Diamantina, os serviços de saúde bucal não estavam inseridos na ESF¹, os atendimentos eram voltados às condições agudas e realizados por demanda espontânea. Não eram realizadas ações específicas para a população infantil, como o levantamento de necessidades para o acesso aos serviços.

Foram selecionados prontuários de crianças de zero a seis anos de idade, atendidas no ano de 2014. Foram excluídos os prontuários das crianças com mais de seis anos de idade e que foram atendidas fora do ano de referência. Os dados foram coletados no período de outubro de 2014 a março de 2015 em Belo Horizonte e em setembro de 2015 em Diamantina.

A organização dos serviços para a atenção em saúde bucal das crianças foi analisada por meio de pesquisa documental e registro de observações de cada UBS visitada em diário de campo. A resolutividade dos serviços de saúde bucal foi analisada com base nos dados de Primeira Consulta (PC) e Tratamento Concluído (TC) registrados nos prontuários odontológicos.

LOCAL DO ESTUDO

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, apresentava em 2010 população de 2.375.151 habitantes (cidade de grande porte – com mais de 100 mil habitantes), com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,81. Possuía, em 2013, 147 UBS distribuídas pelos nove distritos sanitários, com 509 ESF e 261 ESB, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES¹¹. Para a coleta de dados, utilizou-se a estimativa de população de até 6 anos residentes na cidade em 2012, correspondente à 189.875 crianças (7,99% do total de habitantes). De acordo com dados do

Sistema Gestão em Rede (SISREDE), um total de 154.103 crianças estavam cadastradas na ESF em 2013, o que correspondia a 81,16% de toda a população. Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte, no primeiro semestre de 2013, um total de 305 escolas da rede pública e conveniadas possuíam 46.151 crianças de até seis anos matriculadas (24,30% das crianças de até 6 anos de Belo Horizonte)¹².

Diamantina localiza-se a 292 km ao norte da capital mineira e, em 2010 apresentava população de quase 46 mil habitantes (considerada de médio porte – de 20 a 100 mil habitantes), com IDHM de 0,716. Em 2016, dispunha de sete UBS, sendo que destas, quatro realizavam atendimento odontológico. O município possuía 14 ESF (08 urbanas, 04 rurais e 02 mistas: urbana e rural) e nenhuma possuía profissionais da ESB vinculados [cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB)]. A população infantil do município, na faixa etária de 0 a 6 anos, matriculadas nas escolas de Diamantina no ano de 2015, era de 1.153 crianças de acordo com o Censo Educacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS EM BELO HORIZONTE (MG)

Os dados secundários foram coletados das crianças com necessidade de tratamento odontológico identificadas no Levantamento de Necessidades a partir do Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO). Este índice determina os níveis de necessidade odontológica da população e define prioridades de cuidado¹³⁻¹⁵, de acordo com os códigos descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos códigos e critérios utilizados pelo INTO durante o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal em Belo Horizonte, Minas Gerais

Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO)	
Código	Descrição da condição
00	Nenhum dente com cavidade e nenhuma restauração em boca
0	Não apresenta dente com cavidade e possui restaurações satisfatórias
1	Apresenta até 3 dentes com cavidade, necessitando restauração/extração
2	Apresenta de 4 a 8 dentes com cavidade, necessitando restauração/extração
3	Apresenta 9 ou mais dentes com cavidade, necessitando restauração/extração
4	Exodontia dos restantes dos elementos dentais, aplicando-se a adultos com restos radiculares
5	Apresenta cárie dentária sob controle, sendo a doença periodontal o maior problema visto em boca

Fonte: Dumont et al.

¹Comunicação pessoal com a Coordenadora da APS em Diamantina

Para crianças, as ESB utilizam os códigos 00, 0, 1, 2 e 3, pois os códigos 4 e 5 tratam-se de condições específicas dos adultos. Todas as crianças que apresentam necessidade de tratamento odontológico são encaminhadas para atendimento nas UBS. Um “evento sentinela” é identificado quando as crianças são codificadas com código 3 e recebem atendimento prioritário pelas ESB, sendo acompanhadas também pela equipe multiprofissional da ESF, composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Previamente ao estudo principal, foi realizado um estudo piloto, no município de Belo Horizonte, com o objetivo de avaliar a metodologia proposta. Em seguida, cálculo amostral foi obtido para o estudo principal¹⁶. A seleção da amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças examinadas pelas ESB na rede pública de educação infantil em cada distrito sanitário de Belo Horizonte. Duas UBS de cada distrito sanitário foram escolhidas aleatoriamente, sendo este número considerado suficiente para alcançar a amostra necessária¹⁶. Quando o número não foi alcançado, outra UBS foi sorteada para completar a amostra (n = 487). Maiores detalhes sobre a amostra podem ser consultados em estudo desenvolvido por Cardoso et al.¹⁶.

No momento da coleta em cada UBS, foram identificadas todas as crianças codificadas com INTO 1, 2 ou 3, de acordo com o registro no campo destinado à evolução do tratamento nos prontuários odontológicos. Os dados de PC e TC foram registrados quando presentes nas Fichas de Movimento Diário / Mensal de Consultas Individuais de Odontologia das crianças atendidas pelas ESB no ano de 2014. Esses dados foram registrados de forma independente, ou seja, uma mesma criança poderia ter tratamento iniciado e concluído ou somente tratamento concluído. Todos os dados foram analisados em nível dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte e depois consolidados, gerando valores agregados para o município.

COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS EM DIAMANTINA (MG)

Em Diamantina, o modelo convencional de atenção e de atendimento odontológico era o adotado na APS, sendo que ações de programação, oferta e territorialização, como o Levantamento de Necessidade das crianças

não era realizado pelos serviços. Todas as UBS que realizavam atendimento odontológico foram visitadas e os dados foram coletados a partir dos prontuários odontológicos das crianças de 0 a 6 anos que foram atendidas pelos cirurgiões-dentistas no ano de 2014. Em função da menor dimensão dos serviços, para coleta de dados em Diamantina foi realizado um censo, sem cálculo amostral. Para caracterizar a atenção ofertada, os seguintes dados referentes ao tipo de atendimento realizado pelos cirurgiões-dentistas foram obtidos dos registros no campo de evolução dos prontuários odontológicos: urgência, PC e TC.

Além da análise dos prontuários odontológicos encontrados nas UBS, optou-se também pela coleta de dados nos registros das fichas de produtividade diária entregues mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pela equipe de cada UBS. Com isso, buscou-se o máximo de informações a respeito das ações realizadas pelos cirurgiões-dentistas. No momento da coleta, estavam disponíveis as fichas de produtividade dos meses de janeiro a agosto de 2015, uma vez que os documentos referentes ao ano de 2014 não foram encontrados. Nas fichas de produtividade, foram obtidos dados referentes a/ao: centro de saúde, nome do paciente, idade, data de atendimento, tipo de atendimento, procedimentos realizados e o número de sessões. Diferentes tipos de atendimento e de procedimentos foram registrados para uma mesma criança. As fichas de produtividade diária seguiam o modelo do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), sistema padronizado nacionalmente que deve ser preenchido por todos os municípios, inseridos ou não na ESF. Nelas, os procedimentos em saúde bucal realizados nas UBS no âmbito da APS são lançados mensalmente no sistema, de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIA/SUS Grupo 03 – Ações Básicas em Odontologia¹⁴.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram registrados em planilhas do programa Microsoft Excel® e posteriormente submetidos à análise descritiva usando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows, versão 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA)* sendo obtidas frequências absolutas e relativas. A resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal foi calculada pela razão entre TC e PC.

RESULTADOS

Os cirurgiões-dentistas das ESB vinculados à ESF da PBH possuem carga horária de 40 horas semanais, distribuídas entre atendimento clínico, reuniões e ações externas às UBS. Dentre estas ações, incluem-se o levantamento de necessidades e as ações educativas de promoção de saúde. Estas ações são planejadas com base em levantamento prévio da situação de saúde da população de sua área de abrangência, utilizando os dados como forma de vigilância e atuação em casos prioritários, como é o caso das crianças do evento sentinela, que demandam maior atenção da equipe multiprofissional da ESF. Já em Diamantina, os cirurgiões-dentistas do município não fazem parte da ESF, cumprem 20 horas semanais de carga horária e sua atuação concentra-se no atendimento clínico de demanda espontânea, centrada no alívio da dor. Este tipo de organização inviabiliza a realização de ações coletivas fora das UBS, como o levantamento de necessidades e ações de educação em saúde.

Em 2013, Belo Horizonte possuía 46.151 crianças de até 6 anos matriculadas na educação infantil da rede pública e um total de 38.364 (83,13%) foram examinadas pelas ESB no levantamento de necessidades. Nas UBS visitadas, 18 de um total de 147, havia registro do levantamento de necessidades de 7.729 crianças, das quais 5.415 (70,06%) não apresentavam necessidade de tratamento odontológico. Das 2.314 crianças com necessidade de tratamento, 970 (41,92%) foram consideradas como perdas pelo fato da criança pertencer a uma regional diferente daquela em que foi codificada ou pela não localização de seu prontuário nos arquivos das ESB.

Os prontuários odontológicos de 1.344 (58,08%) crianças foram avaliados para obtenção dos dados de PC e TC. Mais de 60% das crianças avaliadas durante o levantamento de necessidades pelas ESB tinham mais de 5 anos (31,55% com 05 anos e 30,80% com 06 anos, sendo que as crianças com 01 ano de idade representavam 0,30%, as com 02 anos 1,71%, as de 03 anos 10,94% e as de 04 anos representavam 24,70%). Um total de 595 crianças (44,27%) realizou a PC no ano de 2014, e 295 (21,95%) tiveram TC (Figura 1). A resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal no município de Belo Horizonte foi de 49,58% (Tabela 1).

No ano de 2014, Diamantina possuía 07 UBS, sendo que destas, 04 apresentavam serviços de saúde bucal. Nestas UBS, foram identificados 43 prontuários odontológicos de crianças de zero a seis anos atendidas pelos serviços de saúde bucal no ano de 2014, das quais 42 (97,67%) possuíam mais de dois anos de idade. Houve maior frequência de crianças com 05 anos (34,88%), sendo que as crianças com 01 ano de idade correspondiam a 2,33%, as de 02 anos 6,98%, as de 03 anos 6,98%, as de quatro anos 23,26% e, as de 06 anos representavam 25,57% das crianças. Com relação ao tipo de atendimento, 29 crianças (67,44%) realizaram a PC neste mesmo ano e 11 (25,58%) tiveram TC, representando uma resolutividade dos serviços de saúde bucal de 37,93% (Tabela 1). O atendimento de urgência foi realizado em 17 crianças (39,53), das quais 04 (23,52%) apresentavam registro de PC de tratamento sequencial no prontuário odontológico.

Da análise dos registros das fichas de produtividade diárias enviadas à SMS de Diamantina, foram obtidos dados de 143 crianças, de zero a seis anos, atendidas no período de janeiro a agosto de 2015. A maioria das crianças (89,51%) tinham mais de 02 anos de idade, sendo mais frequentes as crianças de 06 anos, representando 29,10% das crianças. Crianças com 01 ano de idade correspondiam a 4,90%, as de 02 anos correspondiam a 5,59%, as de 03 anos 13,72%, as de 04 anos 20,45% e as de 05 anos representavam 26,24% das crianças avaliadas. Atendimento de urgência foi registrado para 59 crianças (41,25%), 15 (10,48%) tiveram registro de PC, duas (1,39%) tiveram registro de TC e 10 crianças (6,99%) foram encaminhadas para serviços de atenção secundária. Com relação à resolutividade, observou-se que, duas crianças tiveram TC no ano de 2015, representando resolutividade de 13,33% (Tabela 1). Quando analisado o número de sessões, 61,54% das crianças foram atendidas uma única vez no período analisado e, para uma criança observou-se o registro de um total de 09 sessões realizadas.

Um total de 312 procedimentos foi registrado nas fichas de produtividade e os restauradores foram os mais frequentemente realizados ($n = 59$, 18,91%). As frequências de exodontia e drenagem de abscessos foram de 7,69% ($n = 24$) e 5,77% ($n = 18$), respectivamente (Tabela 2). Observou-se que, das crianças que tiveram uma única sessão de atendimento, 55,89% dos procedimentos eram de urgência e, 88,93% drenagem de abscesso.

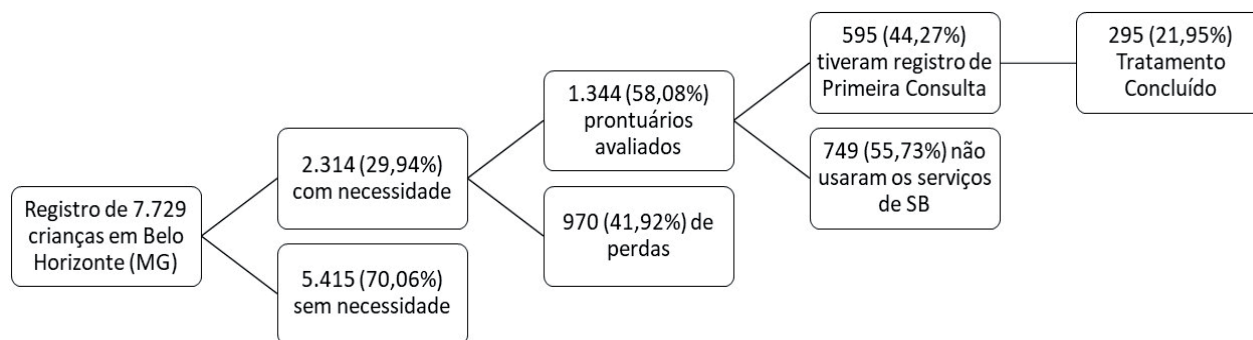


Figura 1 - Seleção da amostra para coleta dos dados em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

DISCUSSÃO

Este estudo descreveu dois diferentes modelos de atenção em saúde bucal de municípios mineiros de médio e grande porte populacional que adotam o modelo da ESF na APS. Os resultados descritivos evidenciaram problemas de acesso e baixa resolutividade nos dois municípios.

Na capital mineira, as ESB mostraram-se vinculadas à ESF, com ações voltadas para

a comunidade a partir de um planejamento realizado com base em dados epidemiológicos (reais necessidades da população). Em Diamantina, foi observado o modelo assistencial convencional, tradicional e fragmentado de saúde. Estudo prévio mostrou que a cobertura da saúde bucal aumentou consideravelmente em 293 municípios do Estado de Santa Catarina (SC), Brasil quando houve vinculação das ESB com a ESF, possivelmente devido a uma atuação centrada no reconhecimento

Tabela 1 – Resolutividade dos Serviços Públicos de Saúde Bucal de Belo Horizonte e Diamantina, Minas Gerais, 2014

Município	n	Fonte	Primeira Consulta	Tratamento Concluído	Resolutividade
Belo Horizonte	1.344	Prontuários odontológicos	595	295	49,58%
Diamantina	43	Prontuários odontológicos	29	11	37,93%
	143	Fichas de produtividade diária	15	2	13,33%

Nota: a Resolutividade dos Serviços Públicos de Saúde Bucal foi calculada pela razão entre Tratamento Concluído e Primeira Consulta.

do território e em ações de vigilância à saúde bucal⁸. Além disso, Pimentel et al.¹⁷ observaram que em cidades com maior porte populacional e maior poder econômico, provavelmente existe melhor estrutura de serviços disponíveis para o desenvolvimento de ações voltadas à população, propiciando, então, melhores

resultados em saúde. Portanto, esperavam-se melhores resultados de PC entre as crianças de Belo Horizonte comparados aos de Diamantina, pois no modelo convencional dificilmente há conhecimento do território, definição da população e o diagnóstico real da situação em saúde da população. Assim, a atenção em

saúde pode mostrar-se limitada por não serem realizados planejamento das ações e serviços com base territorial^{8,17}.

Contudo, na capital mineira, mesmo com o levantamento de necessidades realizado nas escolas, parece persistir um desafio no acesso aos serviços, pois quase metade das crianças identificadas com necessidade de tratamento odontológico no ano de 2014 não acessaram os serviços odontológicos para a primeira consulta.

Este achado sugere que, apesar do uso da Epidemiologia para diagnóstico da condição de saúde bucal das crianças, os dados têm sido pouco utilizados para o planejamento de ações e serviços de saúde bucal. Em muitos casos, mesmo com implementação da ESF persiste uma reprodução dos modelos tradicionais de atenção, com foco na atenção individual-curativa, possivelmente devido à incorporação gradativa das ESB na ESF, ao invés do foco nas

Tabela 2 – Frequência dos procedimentos registrados nas Fichas de Produtividade Diária encontradas na Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, 2015

Tipo de procedimento	n	%
Restauração	59	18,91%
Curativo provisório	40	12,82%
Ajustes oclusais	36	11,54%
Instruções Higiene Oral e/ou Escovação Supervisionada	33	10,58%
Profilaxia	31	9,94%
Capeamento Pulpar e/ou Forramento	27	8,65%
Selante	24	7,69%
Exodontia	24	7,69%
Drenagem de Abscesso	18	5,77%
Aplicação Tópica de Flúor	13	4,17%
Lesão ou Alteração de Mucosa	5	1,60%
Acesso à polpa e medicação	2	0,64%
Total de procedimentos	312	100%

ações com famílias e comunidades¹⁸. Assim, apesar da identificação das necessidades, o acesso ao tratamento odontológico pode não acontecer, pois há necessidade de investimentos em planejamento da oferta dos serviços, na qualificação e avaliação do processo de trabalho das equipes e organização de uma rede de atenção à saúde bucal resolutiva¹⁰. Em Diamantina, grande parte das crianças não teve acesso aos serviços públicos de saúde bucal, uma vez que dados de apenas 43 crianças foram encontrados nas UBS com atendimento odontológico.

Os resultados observados nos dois

municípios são coerentes com evidências de baixo uso de serviços de saúde bucal por crianças¹⁹⁻²¹, indicando barreiras no acesso das crianças aos serviços de saúde bucal, por características relacionadas ao serviço ou à criança, sua família e seu contexto de vida: baixa percepção de necessidade em saúde bucal pelos responsáveis da criança¹⁹, agendamento em horários não compatíveis com a procura²², contexto de vulnerabilidade vivenciado pelas crianças¹⁶.

Os dois municípios também apresentaram baixa resolutividade dos serviços de saúde bucal. Em Belo Horizonte, uma

possível explicação para este achado é que a incorporação das ESB na ESF pode não ter se traduzido em mudança no processo de trabalho das ESB, com a perpetuação de um modelo de atenção individual curativo²³ ou com a manutenção das estratégias de priorização de grupos podem promover o efeito da “exclusão-inclusão”¹⁸. Apesar da incorporação das ESB na ESF, os serviços, muitas vezes, podem não utilizar a Epidemiologia para o planejamento e, com processo de trabalho que não leva em consideração informações sobre o território, sobre os indicadores de saúde de sua população e não planeja ações de promoção e prevenção em saúde. Perpetua-se, assim, ações de baixo impacto, com baixa cobertura e processo de trabalho pautado na abordagem curativo-reparadora pouco resolutivo²³, como observado em Diamantina e na capital mineira.

Em Diamantina, em função do baixo número de prontuários identificados na UBS, buscou-se também a caracterização dos serviços pelos dados disponíveis nas fichas de produtividade diária encaminhadas à SMS pelas EBS. Quando comparada a quantidade de crianças atendidas durante o período de janeiro a agosto de 2015 e a quantidade atendida durante todo o ano de 2014, supõe-se que houve perda de muitos dados, com falta de preenchimento da ficha odontológica dos pacientes que foram atendidos. A organização do processo de trabalho das ESB é de extrema importância para programação e planejamento de ações em saúde. A falta de padronização dos prontuários odontológicos utilizados para registro pelas ESB, assim como a diversidade na forma de registro dos procedimentos são fatores que podem interferir na resolutividade dos serviços^{5,7}. Nas ESB visitadas em Diamantina, foram encontrados dois tipos de prontuários odontológicos: um completo, com parte de anamnese, odontograma e registro de procedimento, e outro de urgência, que apresentava apenas a parte de registro de procedimentos e anamnese. Além disso, em algumas situações, os prontuários não eram entregues em quantidade suficiente para as equipes, levando ao registro de informações em receituários, por exemplo. Observou-se que, entre os cirurgiões-dentistas de uma mesma UBS, não havia padronização de organização e registro dos prontuários.

Algumas limitações do presente estudo devem ser levadas em consideração. Em Belo Horizonte, as estimativas de necessidade de tratamento odontológico das crianças não

representam a situação do município, já que a amostra foi obtida entre aquelas matriculadas na rede pública de educação infantil, que foram examinadas pelas ESB e apresentavam necessidade de tratamento odontológico. Essa escolha metodológica se justifica pela importância de avaliar o serviço e sua prática organizativa. Não foram incluídas crianças matriculadas na rede privada, que estavam fora da escola, e aquelas que não foram examinadas pelas ESB. Não foi possível calcular a amostra do município de Diamantina devido ao seu modelo de serviço de saúde bucal convencional, onde não são realizadas ações de identificação da população e territorialização da área de abrangência das equipes. O método de coleta de dados nos dois municípios foi diferente porque percebeu-se, durante as visitas às UBS e análise dos prontuários em Diamantina, que cada unidade e cirurgião-dentista possuíam sua própria organização e forma de registro de informações e procedimentos, não sendo possível reproduzir a mesma metodologia nos dois municípios. Outra limitação encontrada foi à impossibilidade de totalizar o número de prontuários consultados no município de Diamantina e a pequena quantidade encontrada pode ter superestimado a resolutividade dos serviços neste município.

Este estudo possibilitou a discussão sobre os modelos de atenção em saúde bucal de dois municípios brasileiros. Os resultados apontam para a necessidade de incentivo à incorporação dos serviços de saúde bucal na ESF e de orientação na melhoria e adequação destes serviços ofertados às crianças na faixa etária de zero a seis anos, uma etapa essencial para ações que promovam o desenvolvimento infantil. Estudos são necessários para avaliar a associação entre o modelo de atenção à saúde e a resolutividade da atenção à saúde bucal para crianças de zero a seis anos de idade.

CONCLUSÃO

Há diferenças na organização e no modelo de atenção em saúde bucal para crianças nos municípios estudados. Para os dois municípios, o acesso e resolutividade das crianças ao cuidado em saúde bucal se constituem em desafios para os serviços públicos de saúde na Atenção Primária em Saúde.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001 e Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) (Recursos Financeiros: APQ-03442-12 e RCF recebe apoio pelo Programa Pesquisador Mineiro: PPM-00603-18).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. [acesso em 9 jul 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: 2000. [acesso em 9 jul 2018]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004a.
5. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública. 2008; 24(3):663-74.
6. Campos FE. Discussão do conceito de resolutividade. In: Campos FE. Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: 1988. p.77-93.
7. D'Aguiar, JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). Rio de Janeiro. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 2001.
8. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30(2):318–32.
9. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19(2):383–91.
10. Hamati F, Rocha JS, Baldani MH. Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Rev Bras Pesqui Saúde. 2014; 16(3):48-57.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de Estabelecimentos por CNES – ano base 2013. [acesso em 09 jul 2018]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação. Gerência da Coordenação da Educação Infantil. Atendimento Geral à Educação Infantil – 2013. Relatório. Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Educação; 2013.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Global de Saúde Bucal [Internet]. Belo Horizonte, MG: 2006. [acesso em 9 jul 2018]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/projetoglobalsaudebucal.pdf>.
14. Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde. Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte, MG: 2006.
15. Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Moraes PC, Lucas SD. Índice de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(3):1017-22.
16. Cardoso AVL, Vargas AMD, Amaral JHL, Vasconcelos M, Machado KM, Soares ARS, et al. Use and resolutivity of the oral health public services offered to children in a large municipality. Rev Gaúcha Odontol. 2018;66(1):60-9.
17. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde

- bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: de articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28Supl:s146–s157.
18. Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):155-60.
19. Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Silveira MF, Ferreira RC, Souza JGS, Silva JM, et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4247–56.
20. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):150-6.
21. Bahuguna R, Jain A, Khan SA. Knowledge and attitudes of parentes regarding child dental care in an Indian Population. *Asian J Oral Health Allied Sci*. 2011;1(1):9-12.
22. Müller IB, Castilhos ED, Camargo MJB, Gonçalves H. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):759-70.
23. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;25(5):985-96.

Organization and resolubility of public dental services to the oral health care of preschool children: study of two Brazilian cities

Objective: to describe the organization and resolution of the public health network for the oral health care of children from zero to six years of age in two Brazilian cities.

Methods: a descriptive cross-sectional study was carried out with secondary data from the charts of children who received dental care by oral health services [conventional or Oral Health Teams] in the cities of Belo Horizonte, in 2014, and Diamantina, in 2015, Minas Gerais, Brazil. The resolution was evaluated by the ratio between the percentages of Completed Treatment and First Appointment. In both cities, the Family Health Strategy is the organizational model of PHC services. In Belo Horizonte, a representative sample of the children was selected among those examined by the Oral Health Teams' survey of needs in 18 of the 147 Health Centers. In Diamantina, the dental care organization is conventional and occurs on demand, and is performed in four of the seven Health Centers. Descriptive data analysis was performed to obtain absolute and relative frequencies.

Results: A total of 1,344 medical records were analyzed in Belo Horizonte, 595 of which were children (44.27%) who had their First Dental Appointment. Of these, 295 (21.95%) presented Completed Dental Treatment, with a resolution of 49.58%. In the municipality of Diamantina, all 43 children's dental records found in the Health Center that contained dental care were evaluated. Of these, 29 children (67.44%) had their First Dental Appointment and 11 (25.58%) Completed Dental Treatments, representing a resolution of 37.93%.

Conclusion: Differences were found in the organization and model of oral health care for children in the studied municipalities. For both municipalities, children's access and resolution in Oral Health constitute challenges for public health services in Primary Health Care.

Uniterms: Dental care. Health evaluation. Child care. Epidemiology. Family Health Strategy.