



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: UM ESTUDO DE DEMANDA EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luiz Gustavo Ribeiro Siqueira

Orientador: Juraci A. Cesar

Coorientadora: Josiane L. Dias Damé

Pelotas, RS

2014

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: UM ESTUDO DE DEMANDA EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS.**

Luiz Gustavo Ribeiro Siqueira

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

Orientador: Juraci A. Cesar

Coorientadora: Josiane L. Dias Damé

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Juraci Almeida Cesar (orientador)

Prof. Dr. Fernando César Wehrmeister

Msc. Milton Luiz Merony Ceia

Pelotas, 2014

S618p Siqueira, Luiz Gustavo Ribeiro
Procedimentos odontológicos: um estudo de demanda em
unidades básicas de saúde no município do Rio Grande,RS /
Luiz Gustavo Ribeiro Siqueira. – 2014.
45 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas.
Faculdade de Medicina – Mestrado Profissional em Saúde Pública
Baseada em Evidências.

Orientador: Prof. Dr. Juraci A. Cesar
Coorientadora: Josiane L. Dias Damé

1. Procedimentos odontológicos 2. Unidades Básicas de Saúde.
3. Rio Grande, RS I. Cesar, Juraci A. II. Damé, Josiane L. Dias
III. Título.

CDU: 616.314

Catálogo na fonte: Bibliotecária Vanessa Dias Santiago CRB10/1583

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, que marca o final de uma etapa de crescimento pessoal e profissional, contou com a participação e cumplicidade, direta ou indireta, de várias pessoas a quem devo agradecer:

A Anderson Zedradek, coordenador de saúde bucal da Secretaria de Município de Saúde, do Rio Grande, que permitiu a adequação necessária dos horários para me permitir participar do Mestrado Profissional;

Aos funcionários do Centro de Pesquisa em Epidemiologia e, em especial, a Ana Lima, que em todos os momentos foi solícita para prestar, a todos os mestrandos, assessoria em nossas demandas;

Aos membros da banca: Fernando César Wehrmeister e Milton Luiz Memory Ceia, pelas contribuições dadas à versão final deste trabalho;

Aos professores que contribuíram para nosso aprendizado;

Aos colegas, sem exceção, que propiciaram a troca de experiências, o estabelecimento de parcerias e um convívio agradável;

E, ao meu orientador, Juraci Almeida Cesar, que me acolheu e manteve o foco,

Obrigado!

SUMÁRIO

Apresentação	v
Lista de Abreviaturas e Significados	vi
I. PROJETO DE PESQUISA	1
Introdução	3
Justificativa	6
Objetivos	6
Hipóteses	7
Metodologia	7
Aspectos Éticos	8
Cronograma	9
Orçamento	10
Divulgação dos resultados	11
Referências bibliográficas	12
II. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	14
III. RELATÓRIO DOS RESULTADOS	15
IV. NOTA À IMPRENSA	34
Anexo	37
Apêndice	38

Apresentação

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

- I- Projeto de Pesquisa**
- II- Relatório do trabalho de campo**
- III- Relatório dos resultados**
- IV- Nota à imprensa**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGNIFICADOS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FPO - Ficha da Programação Físico-Orçamentária

NEPES - Núcleo de Pesquisa em Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPGE - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

PSF - Programa de Saúde da Família

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos

SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria de Município da Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPel - Universidade Federal de Pelotas

I - PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: UM ESTUDO DE DEMANDA EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS.**

PROJETO DE PESQUISA

**MESTRANDO: LUIZ GUSTAVO RIBEIRO SIQUEIRA
ORIENTADOR: PROF. DR. JURACI A. CESAR
COORIENTADORA: JOSIANE L. DIAS DAMÉ**

**PELOTAS, RS
2013**

1. INTRODUÇÃO

Saúde bucal compreende um conjunto de condições que possibilitam ao indivíduo falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento¹.

Estima-se que cerca de 30% da população brasileira visite anualmente serviços odontológicos públicos ou privados. Boa parte destes usuários paga com recursos próprios por estes serviços. Em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) constatou que o SUS financiou um quarto dos atendimentos odontológicos². Em 2003, 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica. Esta proporção era de 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos³.

Observa-se, portanto, que o grande desafio é viabilizar a inclusão da população SUS-dependente, e para tanto, está condicionado à existência de políticas públicas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A prática privada, baseada na intervenção individual com ênfase nas técnicas cirúrgico-restauradoras, propiciou a gestores, profissionais e usuários construir uma unanimidade cujo interesse principal é o número de procedimentos executados⁵. Desta forma, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da odontologia nos serviços públicos de saúde têm sido caracterizadas pelo atendimento da livre demanda, pela ausência de avaliação dos serviços oferecidos, pela falta de uniformização de técnicas e pelo despreparo do profissional para a execução das tarefas sanitárias⁶. A prática de ações eminentemente clínicas e ações preventivas direcionadas prioritariamente a escolares revelaram-se insuficientes para responder às necessidades da população⁷.

Como disciplina, a saúde bucal tem evoluído a partir da compreensão de uma dimensão de saúde e doença para uma visão mais abrangente. Risco individual e suscetibilidade a doenças bucais não podem ser entendidos isoladamente, mas como parte de um complexo conjunto de influências que incluem indivíduo, família, comunidade ou as características da vizinhança e do próprio sistema de saúde. Este quadro geral conceitual de saúde bucal facilita a interação com outros profissionais de saúde e com outros setores - incluindo

serviços de educação e social - que incluem o controle do tabaco, água potável, saúde materna e infantil e pesquisa nos sistemas de saúde⁸.

Em meados da década de 1980 surgiu no Brasil o conceito de saúde bucal coletiva, advogando que a saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente que têm por objetivo assegurar acesso universal a cuidados odontológicos efetivos⁹. Tornar passado o histórico de abandono e de falta de compromisso público com a saúde bucal da população passou a ser uma meta para a odontologia em saúde coletiva¹⁰.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que assegurou ao cidadão acesso universal, integral e igualitário a cuidados em saúde por meio do SUS, as atividades relativas à educação, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde bucal ganharam força dentro do sistema público de saúde. As diretrizes destas conquistas foram reafirmadas em 1990 através das leis 8080¹¹ e 8142¹².

Em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o Programa de Saúde da Família ou PSF, atualmente Estratégia da Saúde da Família (ESF). Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, com a criação de incentivos financeiros federais¹³. A Estratégia de Saúde da Família era constituída por equipes de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Foi recomendado que uma equipe fosse responsável por, no máximo, 4.500 pessoas e que estivesse vinculada à rede de serviços de forma que se garantisse atenção integral aos indivíduos e suas famílias do território de abrangência definido. O foco centrado no núcleo familiar se justifica pelo fato de que a família é o âmbito no qual se originam e se reforçam hábitos, crenças e valores¹⁴. Em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde instituiu incentivo financeiro para a inclusão da equipe de saúde bucal em duas modalidades, sendo uma com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal e outra com cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal¹⁵. Devido à implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) tardiamente, há

que considerar a possibilidade de dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes da ESF, bem como diferenças nas realidades locais, capacidade de atendimento, recursos humanos, financiamentos, etc¹⁶.

Desde a década de 1980, os conhecimentos científicos em cariologia difundidos no Brasil levaram à concepção de que a cárie dentária deveria ser abordada como doença infecto-contagiosa, e que seu controle deveria iniciar o mais precocemente possível¹⁷. Assim, a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deveria se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico¹⁸.

No âmbito local, o município do Rio Grande, situado na região litoral sul do Rio Grande do Sul e com uma população aproximada de 200.000 habitantes, realizou em 2004 sua primeira Conferência Municipal de Saúde Bucal. Foi a primeira oportunidade da comunidade que possui 81 estabelecimentos de saúde, sendo 33 públicos municipais¹⁹, participar do planejamento das ações futuras do programa municipal de saúde bucal. As demandas desta comunidade foram encaminhadas ao Conselho e à Secretaria de Saúde (SMS). Desde então, o município multiplicou o número de dentistas atuantes no serviço público, passando de cinco em 2004 para 23 em 2013. A Saúde Bucal na ESF iniciou suas atividades em março de 2010, com cinco equipes de cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal e, desde então, a oferta de serviços odontológicos vem sendo ampliada, chegando atualmente a 11 equipes.

Em 2012, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio Grande disponibilizava a comunidade 22 cirurgiões-dentistas para atendimento aos usuários do SUS. Destes, 11 atendiam a livre demanda nas UBS tradicionais, com uma carga horária de 30 horas semanais, enquanto os outros 11 atuavam nas ESB da ESF, 40 horas por semana. A ESF oferece atendimento individualizado àqueles residentes em área adscrita no período matutino e procedimentos coletivos de promoção de saúde no período vespertino.

2. JUSTIFICATIVA

Com o intuito de reorganizar a atenção básica, o Ministério da Saúde iniciou em 1994 a implantação da atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). No ano 2000, o governo federal criou as Equipes de Saúde Bucal (ESB) que se somaram às ESF já existentes. Estas ESB tinham por objetivo ampliar a oferta de cuidados em saúde à população e melhorar os indicadores epidemiológicos de saúde bucal nos municípios.

Diariamente, os serviços prestados pelos odontólogos, dentro do SUS, são anotados nas fichas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e, mensalmente, transferidos e totalizados na Ficha da Programação Físico-Orçamentária (FPO), que é recolhida à sede da SMS. No município do Rio Grande, embora estes dados sejam efetivamente entregues no dia 20 de cada mês, desde a habilitação das ESB na ESF, em 2010, nunca houve avaliação e comparação dos procedimentos odontológicos na assistência básica. A análise deste formulário permite conhecer os serviços oferecidos à população, bem como a prevalência dos procedimentos realizados. A partir daí, o gestor local pode tomar decisões, visando, se for o caso, a ampliação do programa, definição de metas a serem alcançadas ou a priorização de determinado tipo de procedimento em detrimento a outros. Desta forma, alcançando maior impacto das ações e, por conseguinte, melhores indicadores no que diz respeito à saúde bucal da população.

3. OBJETIVO GERAL

Determinar a frequência e identificar o tipo de procedimento odontológico realizado pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, lotados na Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande, RS, entre 2010 e 2012.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para cada ano incluído neste estudo (2010, 2011 e 2012), tanto para as Equipes de Saúde Bucal quanto para àquelas do sistema tradicional, pretende-se a partir dos dados constantes no formulário SIA-SUS:

- determinar o tipo e a frequência de procedimentos realizados;
- classificar os procedimentos realizados nas seguintes categorias: preventivo, curativo ou mutilador;

- comparar os procedimentos realizados no serviço tradicional com as ESB da ESF;

4. HIPÓTESES

- Houve aumento no número de procedimentos realizados entre 2010 e 2012;

- Os procedimentos mais comumente realizados estão na categoria mutiladores para o serviço tradicional de saúde e na categoria curativa nas ESB;

- ao longo deste período houve redução na realização de procedimentos da categoria mutiladores e aumento nas demais categorias (preventivo e curativo).

5. METODOLOGIA

O presente estudo é observacional, transversal e realizado a partir de dados secundários provenientes da Ficha da Programação Físico-Orçamentária (FPO) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) para o município do Rio Grande, RS, no período 2010-2012.

Esta ficha, em anexo, coleta informações da produção mensal da Unidade de Saúde, sobre as seguintes características:

- Consulta odontológica: primeiro exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento (uma consulta por ano e por paciente).

- Procedimentos coletivos – promoção e prevenção em saúde bucal, dispensando equipamentos odontológicos e incluindo: levantamento epidemiológico; grupo de educação em saúde; e atividades profissionais com flúor e higiene bucal supervisionada, devendo ser registrado um procedimento por criança/indivíduo no mês, realizadas, no mínimo, a cada três meses;

- Procedimentos preventivos Individuais – aplicação tópica de flúor; aplicação de cariostático ou selante; controle de placa bacteriana; e escariação;

- Procedimentos restauradores – capeamento pulpar direto e indireto; selamento de cavidade com cimento provisório; restaurações de compósito, resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro;

- Procedimentos cirúrgicos – exodontia de dente permanente ou decíduo; remoção de resto radicular; frenectomia; ulotomia; tratamento de hemorragia; tratamento conservador de osteomielite; curetagem periapical; e

pulpotomia;

- Procedimentos periodontais – procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular; curetagem subgengival; gengivectomia; e tratamento periodontal em situação de emergência.

Os dados serão digitados, utilizando-se do programa Epi Info 6.04²⁰. Após, as variáveis serão rotuladas e categorizadas. As análises serão estratificadas por ano e por grandes categorias de procedimentos:

- preventivos: consulta odontológica, procedimentos coletivos e os procedimentos preventivos individuais;

- curativos: procedimentos restauradores, periodontais e cirúrgicos exceto as exodontia de dentes permanentes;

- mutiladores: exodontia de dentes permanentes.

A análise descritiva para proporções das variáveis estudadas será acompanhada dos respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), enquanto a tendência entre os anos será avaliada através do teste qui-quadrado de tendência linear para proporções. As diferenças, conforme o tipo de procedimento entre os anos serão medidas por meio do teste qui-quadrado de heterogeneidade. O software utilizado será o Stata versão 11.2²¹.

6. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto será encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisas em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e ao Núcleo de Pesquisa em Saúde (NEPES) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, RS, detentora dos dados a serem trabalhados neste projeto de pesquisa.

7. CRONOGRAMA

O projeto de pesquisa está previsto para ser realizado em 24 meses, com início em julho de 2012 e término em junho de 2014. Ao longo deste período, diferentes tarefas serão realizadas de forma simultânea.

Ano	2012						2013												2014					
Mês	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
Atividades																								
Revisão bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Preparação projeto	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Submissão ao Conselho de Ética											■	■												
Preparação do banco de dados												■	■	■	■									
Análise dos dados															■	■	■	■						
Redação de artigo																			■	■	■	■		
Apresentação e defesa																							■	

8. ORÇAMENTO

Este projeto de pesquisa foi estimado em R\$ 4.000,00 (quatro mil Reais). Este valor cobre gastos com aquisição de equipamento, material de consumo e pagamento de pessoal. Todos estes custos serão cobertos com recursos próprios do autor deste projeto (Luiz Gustavo Ribeiro Siqueira). Abaixo são apresentados cada um dos gastos a serem efetuados.

Qtidade	Descrição	Valor (R\$)	
Material permanente			
01	Notebook	2.500,00	2.500,00
01	Impressora laserjet	400,00	400,00
Material bibliográfico			
01	Licença do software Stata versão	420,00	420,00
Material de consumo			
05	Resmas papel A4	12,00	60,00
02	Cartuchos de toner	80,00	160,00
400	Fotocópias	0,10	40,00
08	Encadernações	2,50	20,00
Contratação de pessoal			
01	Digitador	400,00	400,00
Total			4.000,00

9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão divulgados por meio de redação de um volume a ser disponibilizado no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (PPGE/UFPel), submissão de artigo para publicação em revista indexada de circulação nacional, publicação de matéria em jornal de circulação local e apresentação dos dados às Equipes de Saúde Bucal, Núcleo de Pesquisa em Saúde, demais integrantes da Secretaria de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde do Rio Grande, RS.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007. 23(11): p.2555-2564.
2. Barros AJ, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):709-17.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
4. Moyses SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista da ABENO* 2001;4(1):30-7
5. Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária; Health: politics and sanitary reform. 2002.
6. Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios. *A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios* 2002.
7. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de Trabalho em Saúde Bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2007.
8. Garcia I, Tabak L. Global Oral Health Inequalities The View from a Research Funder. *Advances in Dental Research* 2011;23(2):207-10.
9. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Spec).
10. de Moura MS, Ferro FEFD, da Cunha NL, de Sousa Néttto OB, de Lima MdDM. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí.
11. BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília - DF: Presidência da República, 1990.

12. BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília - DF: Presidência da República, 1990.
13. Cruz FO, Escorel S. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*: Editora MS, 2005.
14. Soares FF, de Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MdCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008 Oral health teamwork in brazilian family healthcare strategy: an analysis of studies published between 2001 and 2008. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(7):3169-80.
15. BRASIL. *Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
16. do Carmo Lourenço E, Silva ACB, de Castro Meneghin M, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009;14(5):1367-77.
17. Pinto MHB. *Equidade eo Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná, à luz do princípio da diferença*. 2011.
18. Pucca Jr G. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet* 2006;11(1):243-46.
19. IBGE. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=431560>>, Acesso em 11/01/2013.
20. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. *Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers*. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2002.
21. StataCorp. *Stata statistical software: release 11.2*. College Station: Stata Corporation; 2011.

II - RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina da UFPel e do NEPES (Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande).

Os dados foram compilados a partir das Fichas de Programação Físico-Orçamentária (FPO). Estas informações encontram-se disponíveis no banco de dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) do departamento de informática (DATASUS), no entanto, há algumas discrepâncias entre os números encontrados no sistema e nas FPO. Por esta razão, optou-se por coletar os dados diretamente das fichas recolhidas, mensalmente, à sede da SMS que contêm as informações dos serviços prestados pelos odontólogos.

O Projeto de Pesquisa previa o estudo dos anos 2010 a 2012, no entanto, as FPO referentes aos meses de janeiro a junho de 2010 não estavam disponíveis na Secretaria de Município da Saúde (SMS). Os dados referentes aos anos de 2011, 2012 e 2013 foram, então, transcritos para uma planilha do Excel e, desta forma, trabalharmos com o período de três anos de estudo.

As FPO foram disponibilizadas pelo setor do sistema de informações da SMS do Rio Grande, RS, onde estavam armazenadas, devidamente identificados e separados por mês e ano. Embora não tenha sido observada uma ordem numérica para o preenchimento das FPO, todos os registros encontrados foram transcritos para a planilha do Excel, sem perdas de informação e foi verificado que, em algumas UBS, o número de primeira consulta programática não foi relatado, e em outras, o número de procedimentos coletivos de escovação supervisionada, aplicação de flúor e exame bucal, aparecem repetidas, sugerindo a multiplicidade de registro.

Relacionamos inicialmente 38 procedimentos odontológicos, a partir do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) do DATASUS. No entanto, à medida que os dados eram digitados na planilha, novos códigos diferentes, foram surgindo, totalizando 84 códigos. Estes novos códigos, inexistentes no SIGTAP, responderam por 1,7% (2.228) de todos os procedimentos realizados.

III - RELATÓRIO:

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: UM ESTUDO DE DEMANDA EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS.**

RESUMO

O conceito de Saúde Bucal Coletiva surgiu no Brasil na década de 1980 com o intuito de permitir acesso universal a cuidados odontológicos efetivos para toda a população. A inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca a atenção integral aos indivíduos e às famílias do território de abrangência, possibilitando atuação onde se originam os hábitos deletérios.

Rio Grande, município litorâneo, localizado na Metade Sul do Rio Grande do Sul, possui cerca de 200 mil habitantes e 22 cirurgiões-dentistas para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Destes, 11 atendem a livre demanda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, enquanto os outros 11 atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O presente estudo é um inquérito transversal realizado a partir de dados secundários provenientes da Ficha da Programação Físico-Orçamentária (FPO) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) entre os anos 2011-2013. Foram identificadas 640 FPO com relato total de 128.302 procedimentos, sendo 101.546 realizados na ESF e 26.756 nas UBS tradicionais. Ao longo de três anos houve 22.795 registros (17,8%) referentes à entrada de novos pacientes no sistema. Os atendimentos em periodontia representaram 14,7% do total, enquanto as exodontias totalizaram 12.865 (10,1%) dos registros. Por fim, as restaurações somaram 14.835 (11,6%) procedimentos, sendo 5.682 para dentes anteriores e 9.153 para dentes posteriores. Os dados apresentados neste relatório mostram que nas UBS com ESF houve declínio dos procedimentos mutiladores. Em relação aos procedimentos preventivos observou-se o aumento nas UBS com ESF e redução na sua realização nas UBS tradicionais. Evidencia-se a necessidade de reforçar a oferta de cuidados preventivos, a fim de diminuirmos a necessidade da realização procedimentos mutiladores e, desta forma, alcançar condições de plena saúde bucal para todos aqueles atendidos nas UBS do município do Rio Grande.

ABSTRACT

The Collective Oral Health concept appeared on Brazil in the eighties with the aim of allowing universal access to effective dental care for the whole population. The introduction of oral care teams (ESB) on Family Health Strategy (ESF) brought full attention to the individuals and families on the project's scope territory, allowing interaction in the origin of the deleterious habits. Rio Grande, a coastal city located on the Southern half of Rio Grande do Sul, has about 200 thousands citizens and twenty two dental-surgeons to attend the users of the Single Health System (SUS). Among these, 11 attend the free demand of Basic Health Units (UBS), while other 11 attend Family Health Strategy. The present study is a transversal inquiry realized through secondary data collected from the Physical-Budget Programation Record (FPO) from the Clinical Information System (SAI/SUS). There where identified 640 FPO with the total report of 128.302 procedures. 101.546 of these have been done at the ESF and 26.756 on the traditional UBS. In three years there where 22.795 (17,8%) registers of new patients in the system. Periodontics treatment represented 14,7% of the total, while extractions represented 12.865 (10,1%). Finally, restoration procedures summed 14.835 (11,6%), 5.682 of these being for preceding teeth and 9.135 for posterior teeth. The presented data on this report show that in the UBS with ESF there was a decline, on this three years, in mutilating procedures. Comparing it to the preventive procedures the relation was inverted, a rise on the UBS with ESF and a decline on the traditional UBS. It is evident, therefore, the need to strengthen the provision of preventive care in order lessen the need of performing mutilating procedures and thus to achieve full oral health conditions for all who attended the UBS of Rio Grande.

INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal em 1988, que assegurou ao cidadão o acesso universal, integral e igualitário a cuidados em saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), favoreceu as atividades em saúde bucal dentro do sistema público de saúde. As diretrizes destas conquistas foram reafirmadas em 1990 através das leis 8080¹ e 8142².

Com intenção de viabilizar a busca da atenção integral e universal, o Ministério da Saúde (MS) concedeu incentivo financeiro a partir do ano 2000, para a habilitação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no então chamado Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF)³. Esta nova estratégia de ação surge como proposta de reorganização da atenção, e o reconhecimento de que a saúde bucal compreende um conjunto de condições que possibilitem ao indivíduo falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento⁴.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) constatou que, em 2003 e 2008, o SUS financiou 30% dos atendimentos odontológicos⁵. Segundo estas mesmas estimativas, os serviços odontológicos públicos e privados estão disponíveis para visita anual de cerca de 30% da população brasileira. Boa parte destes usuários paga com recursos próprios por estes serviços. Em 2003, 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica. Esta proporção era de 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos⁶. A população com menor renda utiliza menos os serviços em relação àqueles de maior renda, reproduzindo aqui um fenômeno universal conhecido como “a lei dos cuidados inversos,” descrita por J. T. Hart⁷ no início da década de 1970. O grande desafio é viabilizar a inclusão da população SUS-dependente. Para que isto ocorra, faz-se necessário o estabelecimento de políticas públicas de saúde dentro do SUS⁸.

Quanto à saúde bucal, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da odontologia nos serviços públicos de saúde têm sido caracterizadas pelo atendimento da livre demanda, pela ausência de avaliação dos serviços oferecidos, pela falta de uniformização de técnicas e pelo despreparo do profissional para a

execução de tarefas sanitárias⁹. A prática de ações eminentemente clínicas e ações preventivas direcionadas prioritariamente a escolares revelaram-se insuficientes para responder às necessidades da população¹⁰.

Em meados da década de 1980 surgiu no Brasil o conceito de saúde bucal coletiva, advogando que a saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente que têm por objetivo assegurar acesso universal a cuidados odontológicos efetivos¹². Deixar no passado o histórico de abandono e da falta de compromisso público com a saúde bucal da população passou a ser uma meta para a odontologia brasileira em Saúde Coletiva¹³.

No âmbito local, o município do Rio Grande, situado na região litoral sul do Rio Grande do Sul e com uma população aproximada de 200.000 habitantes, realizou em 2004 sua primeira Conferência Municipal de Saúde Bucal.

As demandas desta comunidade foram encaminhadas ao Conselho e à Secretaria de Município da Saúde (SMS). Desde então, o Município multiplicou o número de dentistas atuantes no serviço público, passando de cinco em 2004 para 22 em 2013. A Saúde Bucal na ESF iniciou suas atividades em março de 2010, com cinco equipes de cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal e, desde então, a oferta de serviços vem sendo ampliada. Atualmente são 11 equipes da ESF.

Em 2012, a SMS do Rio Grande disponibilizava à comunidade 22 cirurgiões-dentistas para atendimento aos usuários do SUS. Destes, 11 atendiam a livre demanda nas UBS tradicionais, com uma carga horária de 30 horas semanais, enquanto os outros 11 atuavam nas ESB da ESF, 40 horas por semana. A ESF oferece atendimento individualizado àqueles residentes em área adstrita no período matutino e procedimentos coletivos de promoção de saúde no período vespertino.

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários e teve por objetivo determinar a quantidade e o tipo de procedimentos odontológicos realizados nas UBS tradicionais e naquelas com Estratégias de Saúde da Família para o município de Rio Grande, RS, entre 2011 e 2013.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de dados secundários provenientes da Ficha da Programação Físico-Orçamentária (FPO) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), entre os anos 2011, 2012 e 2013 no município do Rio Grande, RS.

Estes dados, obtidos junto ao setor do sistema de informações da Secretaria de Município da Saúde (SMS) do Rio Grande, RS, onde os formulários, com os totais de procedimentos executados em cada UBS do município, foram entregues e armazenados. Os códigos dos procedimentos encontrados nas FPO impressas, foram digitados em planilha Excel, onde os dados foram separados por ano e posteriormente rotulados. Após a digitação, todos os dados foram revisados. Em seguida, foi calculada a soma de cada procedimento clínico-odontológico realizado. Para cada soma de procedimento, foi calculada sua percentagem em relação ao total das atividades e também em relação ao local: ESF ou UBS tradicional. Tanto a colocação de rótulos como a separação dos procedimentos realizados por tipo de serviço e por ano, foram feitos utilizando-se do pacote estatístico Stata 11.

Para o projeto de estudo, foram descritos inicialmente 38 códigos, a partir do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) do departamento de informática do SUS (DATASUS). No entanto, à medida que os dados eram digitados na planilha, foram verificados nas FPO, códigos que não constam no SIGTAP, totalizando 84 códigos diferentes, que foram agrupados como “código inexistente”.

Três grupos de procedimentos foram constituídos para serem apresentados neste relatório, a saber: curativo, preventivo e mutilador. No grupo curativo foram incluídas restaurações anteriores e posteriores de dentes permanentes e decíduos, selamento provisório de cavidade, aplicação de carióstático, capeamento pulpar, curativo de demora, tratamento de nevralgia facial, tratamento cirúrgico periodontal, curetagem periapical, raspagens sub e supragengival, tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental, tratamento de alveolite, drenagem de abscesso, excisão e sutura de lesão na boca e anexos, remoção de foco dentário residual, raspagem corono radicular, acesso à polpa dentária e medicação, pulpotomia, e drenagem de abscessos dentário e da boca e anexos. No grupo preventivo, foram reunidas as

ações coletivas de escovação dentária supervisionada, ações coletivas de aplicação tópica de flúor, exame bucal coletivo com finalidade epidemiológica, aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana, visita domiciliar do cirurgião-dentista e atividade educativa-orientação em grupo na atenção básica. E nos mutiladores, encontram-se exodontia de dente permanente (simples ou múltipla), remoção de dente retido. Foram excluídos os códigos inexistentes e os procedimentos referentes à consulta inicial, consulta de retorno, urgência, visita domiciliar do auxiliar de saúde bucal (ASB), exodontia de dente decíduo, remoção de sutura, e outros procedimentos de pequena frequência como gengivectomia, ulotomia e apicectomia. Vale ressaltar que até maio de 2013 as anotações das fichas eram feitas pelos cirurgiões-dentistas individualmente e passaram então, a representar a produção total da UBS, o que representou uma diminuição no número de FPO das UBS tradicionais que empregam mais de um cirurgião-dentista, enquanto que nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da ESF o número de FPO não foi alterado uma vez que o mesmo cirurgião-dentista desempenha suas atividades nos dois turnos. A alteração no número de FPO, no entanto, não altera o número de procedimentos executados.

RESULTADOS

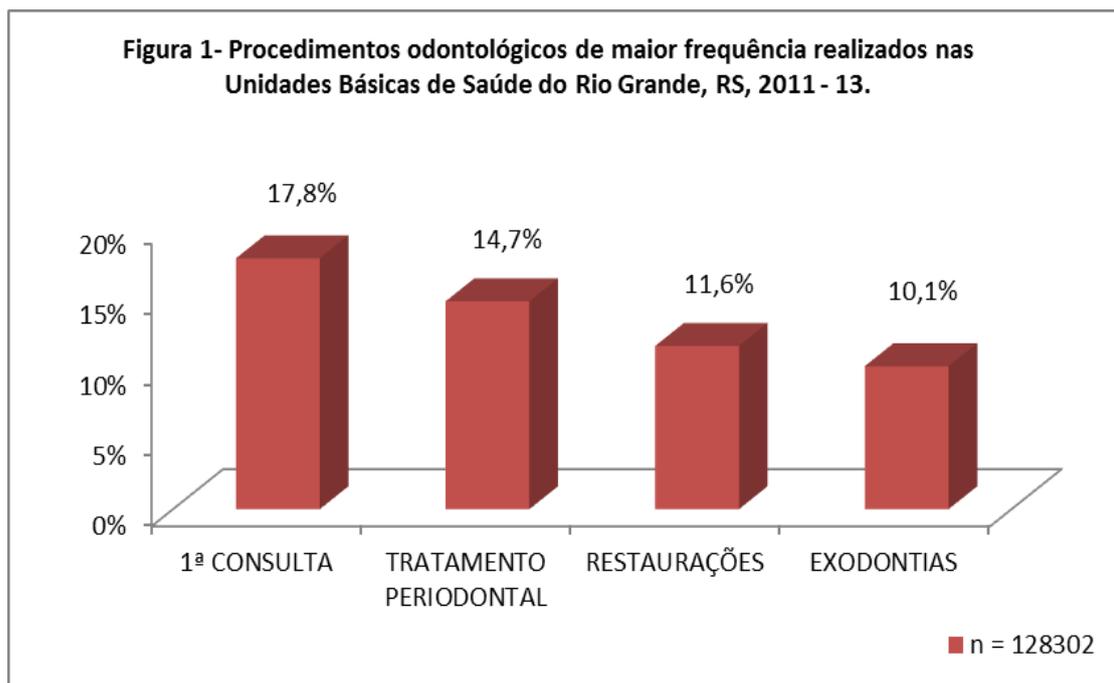
A Tabela 1 mostra que entre 2011 e 2013 foram analisadas 640 FPO, que totalizaram 128.302 procedimentos odontológicos nas UBS do município do Rio Grande. Deste total, 26.756 (20,9%) foram realizados por profissionais lotados nas UBS tradicionais, enquanto o restante 101.546 (79,1%) foi por aqueles da ESF.

Tabela 1. Relação entre o número de procedimentos descritos e o número de Fichas da Programação Físico-Orçamentária do Sistema de Informação Ambulatorial da Secretaria de Município da Saúde do Rio Grande, RS, 2011-2013.

	Unidade Básica	Ano			Total
	de Saúde	2011	2012	2013	
Fichas	ESF	113	127	123	363
	Tradicional	119	89	69	277
	Total	232	216	192	640
Procedimentos	ESF	28.557	36.534	36.455	101.546
	Tradicional	10.381	7.848	8.527	26.756
	Total	38.938	44.382	44.982	128.302

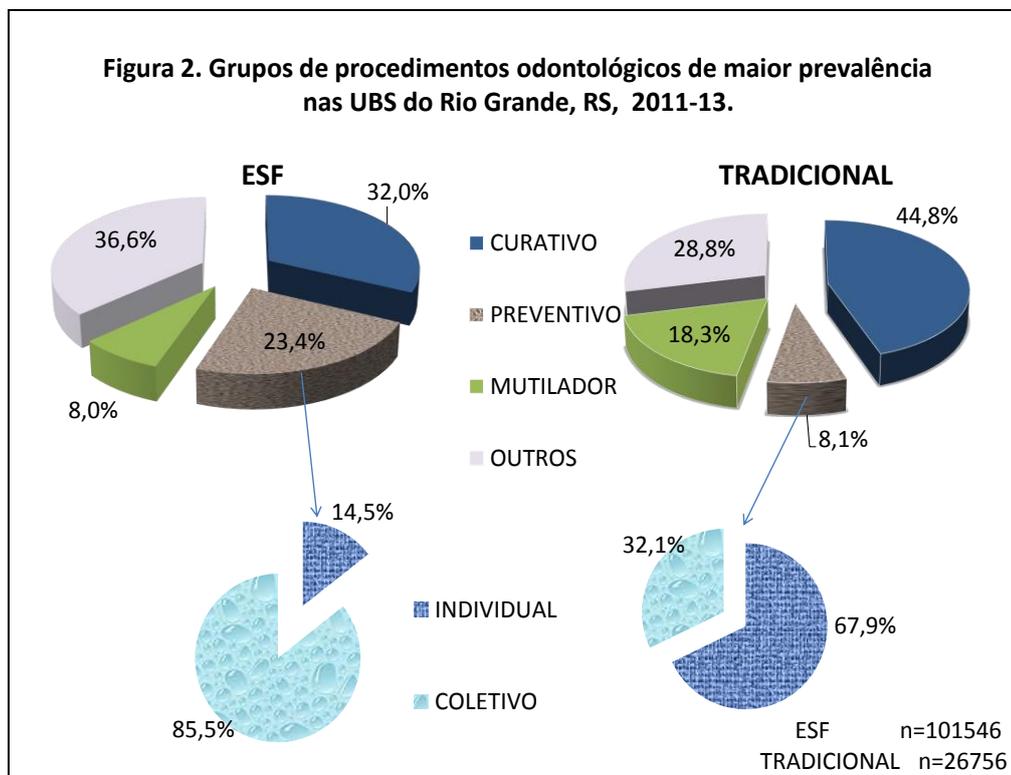
ESF: Estratégia Saúde da Família

O procedimento da atenção odontológica executado com a maior frequência foi a primeira consulta programática, que foi verificado em 17,8% de todos os serviços prestados, o tratamento periodontal representou 14,7%, 11,6% dos serviços foram para restaurações e 10% para exodontias (Figura 1).



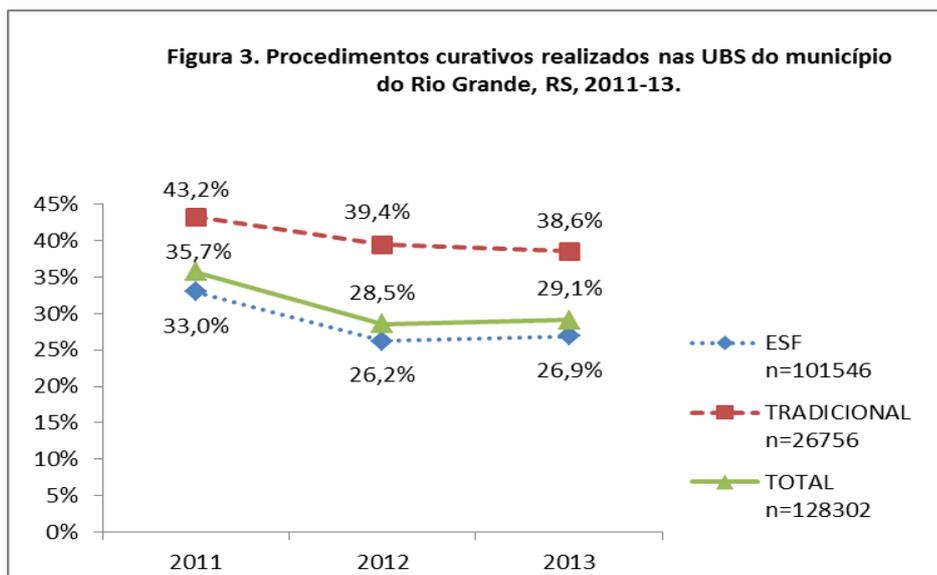
Em relação ao grupo de procedimento realizado, aqueles com finalidade curativa foram os mais comuns, tanto nas UBS tradicionais (44,8%) quanto na ESF (32,0%). No que se refere a procedimentos mutiladores, nas UBS tradicionais, este procedimento foi mais do que o dobro em relação à proporção realizada pelas equipes da ESF (18,3% contra 8,0%). Os procedimentos preventivos foram cerca de três vezes mais frequentemente realizados pelas equipes da ESF em relação aos profissionais que atuam na UBS tradicional (23,4% contra 8,1%), sendo que na ESF os procedimentos preventivos coletivos são mais frequentes que os individualizados, enquanto que nas UBS tradicionais ocorre o contrário com predomínio dos procedimentos individuais. Excetuando-se as atividades de cunho coletivo, os grupos: curativo e mutilador, representaram mais da metade do total dos atendimentos, ou seja, 53,6% dos procedimentos executados. Por fim, o grupo de código inexistente no SIGTAP representou 1,7% (2.228) do total de procedimentos realizados e aparece na figura 2, incluído no grupo: “outros”.

Figura 2. Grupos de procedimentos odontológicos de maior prevalência nas UBS do Rio Grande, RS, 2011-13.

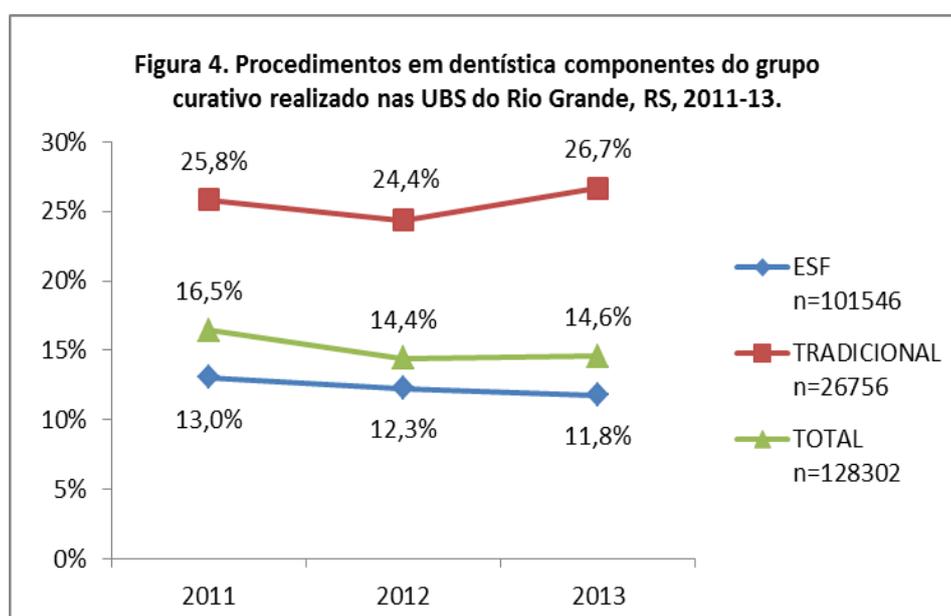


As figuras seguintes (3 a 9) comparam a realização de diversos procedimentos entre cirurgiões-dentistas atuando na ESF e na UBS tradicional.

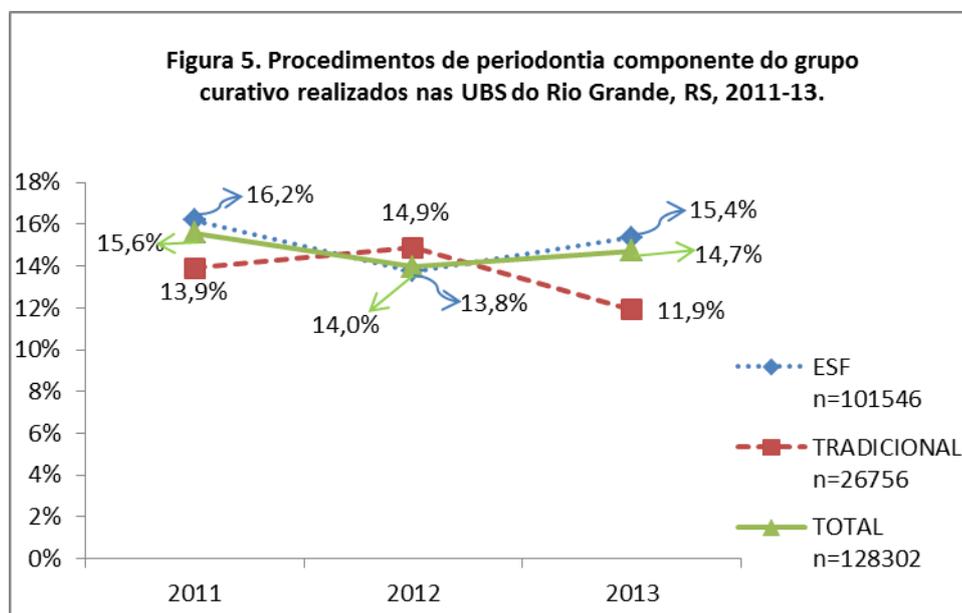
Entre 2011 e 2013 houve ligeira redução na realização de procedimentos curativos tanto por parte daqueles atuando nas UBS tradicionais quanto na ESF, mas a diferença absoluta permanece acima de 10 pontos percentuais, o que mostra que a realização deste tipo de procedimentos é maior nas UBS tradicionais em relação às UBS com ESF.



Na Figura 4 é possível verificar que houve, no período, um pequeno aumento na realização de procedimentos de dentística na UBS tradicional e um ligeiro declínio nas UBS com ESF. No somatório dos procedimentos, a prevalência de realização de procedimentos de dentística caiu entre 2011 e 2013 de 16,5% para 14,6%. Isto se deve ao fato dos profissionais da ESF trabalharem 40 horas por semana na UBS, enquanto os da UBS tradicional atendem apenas à demanda espontânea em um período do dia, além disso, foi encontrado um número menor de FPO das UBS tradicionais, o que propicia um número bem maior de procedimentos na UBS da ESF.

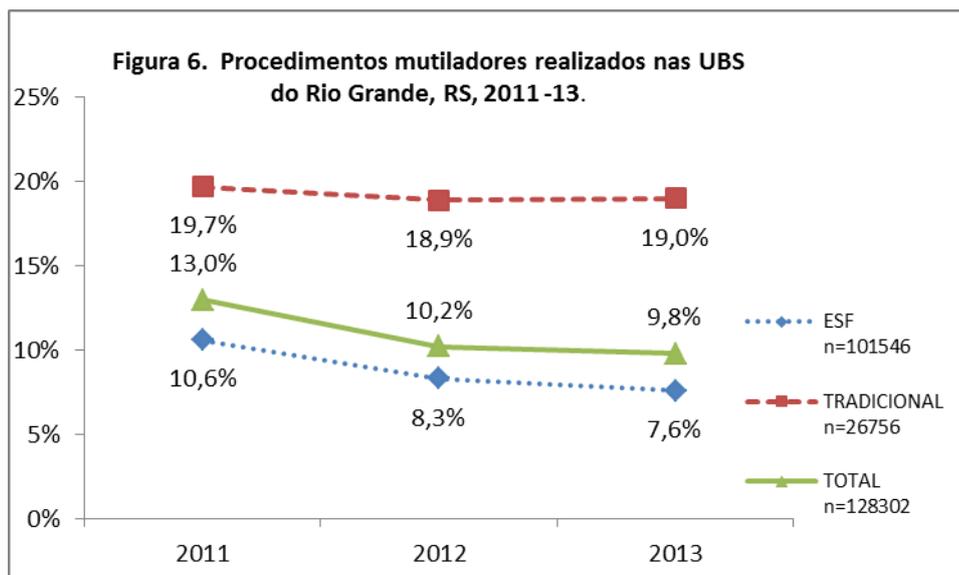


No que se refere à realização de procedimentos em periodontia, os cirurgiões-dentistas atuantes na ESF realizaram um maior número de procedimento em 2011 e 2013, mas em 2012 houve inversão. Neste ano, os odontólogos lotados nas UBS tradicionais realizaram um número maior deste tipo de procedimento, mas, de modo geral, a diferença observada em 2013 foi pouco superior àquela do início do período, quando os cirurgiões-dentistas da ESF realizaram procedimentos de periodontia em maior frequência.

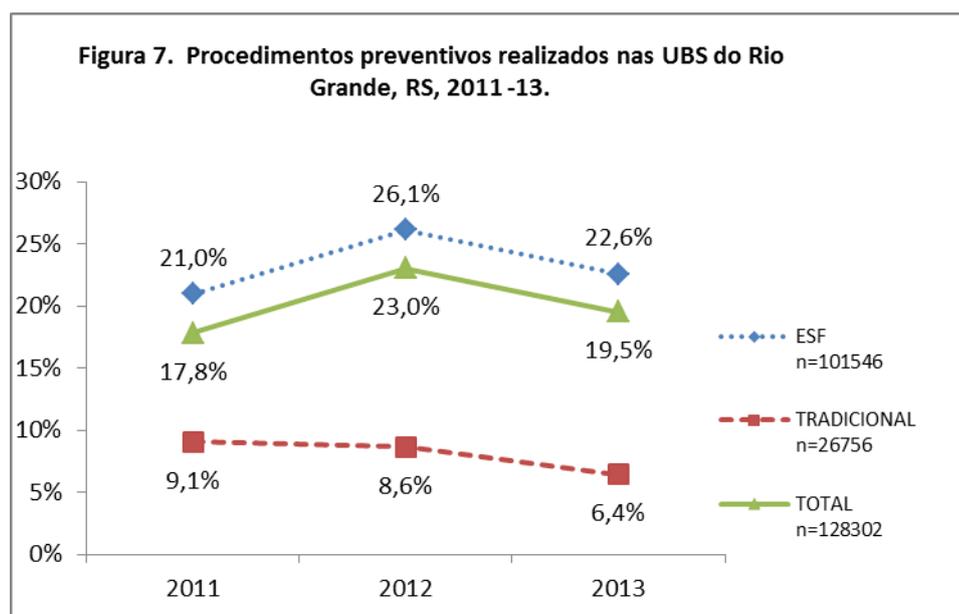


Os tratamentos clínicos cirúrgicos, incluídos nos procedimentos curativos, não apresentam frequência significativa e com anotações bem semelhantes nas duas abordagens em torno de 0,2%.

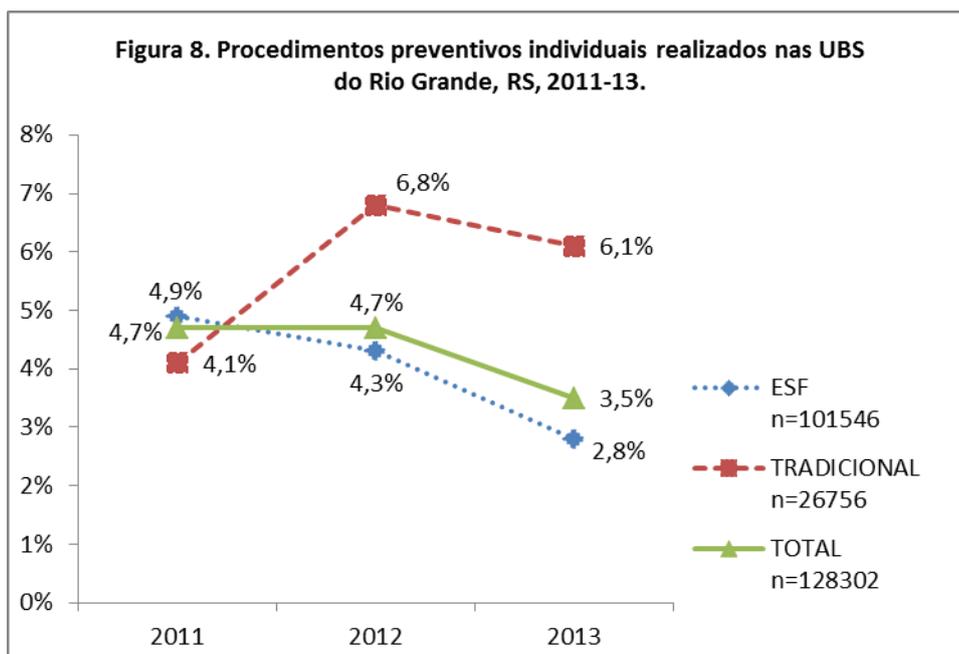
Os procedimentos mutiladores ocupam 19% das atividades nas UBS tradicionais e se mantiveram estáveis no período. Na ESF, além da menor proporção, apresenta também tendência levemente decrescente (Figura 6). Em 2011 havia diferença de 9,1 pontos percentuais em favor das UBS tradicionais aumentando para 11,4 pontos percentuais em 2013, graças à diminuição da proporção das atividades mutiladoras na ESF.



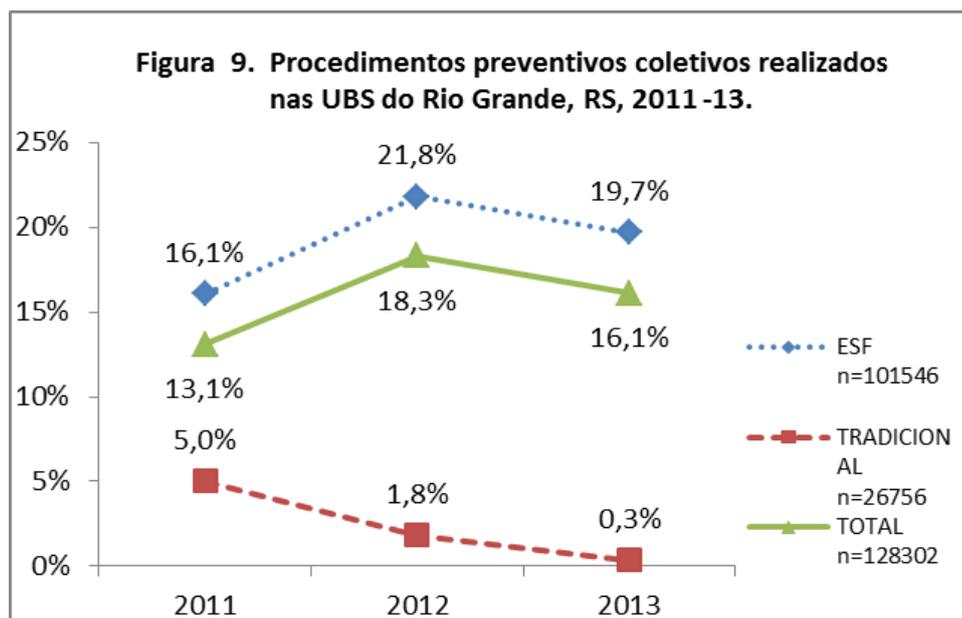
Quanto aos procedimentos preventivos, verificou-se diferença na proporção dos atendimentos da ESF e da UBS tradicionais. A prevenção ocupa a atenção dos cirurgiões-dentistas atuantes principalmente na ESF com mais de 20% da sua carga de trabalho, enquanto que nas UBS tradicionais representou apenas 9,1% em 2011 e 6,4% em 2013 (Figura 7).



Foram relatados 5.485 procedimentos preventivos individuais ou 4,3% do total das atividades no período. Neste grupo, houve crescimento nas UBS tradicionais passando de 4,1% em 2011 para 6,1% em 2013, ao contrário, na ESF, verificou-se pequeno declínio no mesmo período de 4,9% para 2,8% (Figura 8).



A diferença entre as duas abordagens de atenção à saúde fica mais evidente quando observamos a evolução da razão das proporções de procedimentos preventivos coletivos, realizados na ESF e UBS tradicionais que, representou 3,2 em 2011, 12,1 em 2012 e, mesmo tendo ocorrido uma diminuição na proporção de atendimentos na ESB da ESF, em relação ao ano anterior, atingiu 65,7 em 2013. No total, foram observadas 20.444 anotações ou 15,9% da produção no período. Na ESB-ESF, representou 16,1% da carga de trabalho em 2011 e 19,7% em 2013, enquanto que nas UBS tradicionais houve declínio de 5% das atividades em 2011 para 0,3% em 2013 (Figura 9).



DISCUSSÃO:

Sob a óptica do tratamento das enfermidades, o atendimento odontológico das UBS tradicionais é prestado a uma demanda espontânea que procura atendimento para resolver problemas pontuais, muitas vezes protelados. Desta forma, tem seu foco direcionado ao tratamento da doença e, por consequência, foi observado a maior proporção de atendimentos destinados a procedimentos individualizados, notadamente dos grupos curativo e mutilador. A ESB da ESF desempenha sua atividade, atendendo a livre demanda e também a prevenção - integrada aos grupos da unidade - o que explica a maior proporção do trabalho preventivo.

A observação de porcentagens de desempenho semelhantes da ESF e do total dos atendimentos pode ser atribuída, ao fato do atendimento tradicional ocupar um único período do dia, restrito a demanda espontâneas, enquanto na ESF o cirurgião-dentista permanece nos dois períodos no exercício de suas atividades.

Cabe ressaltar que as atividades da ESF têm resultado em um crescente número de publicações com análises descritivas da ESB na ESF, ou da percepção de seus atores, mas são raras as publicações que abordem, especificamente,

comparações das ações da ESB da ESF com a sistemática tradicional de atendimento, dificultando assim comparações com outros municípios¹⁸.

Na oportunidade em que os números encontrados nas FPO eram transcritos para a planilha do Excel, foi verificado que, em algumas UBS, o número de primeira consulta programática não foi relatado, e em outras, o número de procedimentos coletivos de escovação supervisionada, aplicação de flúor e exame bucal, aparecem repetidas, sugerindo a multiplicidade de registro. Ainda que possam ocorrer problemas com os registros, como a falta de padronização e a superestimação do número de procedimentos coletivos¹⁷, é possível observar diferenças importantes no tipo de serviço prestado pelos profissionais das ESF e os pertencentes à equipe tradicional de saúde. Uma dessas diferenças diz respeito ao direcionamento das atividades dos cirurgiões-dentistas da ESF para atividades preventivas, sendo cerca de três vezes maior que no sistema tradicional (23,4% contra 8,1%), enquanto neste sistema, a realização de atividade mutiladora é duas vezes maior que na ESF.

No início do período de estudo, a FPO representava um relatório da produção mensal do cirurgião-dentista. Em maio de 2013, passou a expressar a produção total da UBS. Esta mudança na gestão das informações impossibilitou a afirmação de que todos os cirurgiões-dentistas estejam incluídos e, por consequência, estabeleceu a incerteza sobre os números absolutos, determinando o estudo dos percentuais dos procedimentos em relação total de cada grupo, se tradicional ou ESF.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto, é possível perceber nítida diferença entre o sistema tradicional de atendimento odontológico e a equipe de saúde bucal de Estratégia de Saúde da Família. No sistema tradicional, a odontologia é chamada a intervir para produzir o alívio nos processos de doença, ainda que de maneira invasiva e mutiladora; enquanto que, nas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, revela-se uma nova postura de atuação, voltada também à promoção de conhecimentos na comunidade onde está inserida, a fim de produzir a prevenção

da enfermidade.

No período do estudo, as informações transcritas para o banco de dados de informação de saúde do DATASUS do Ministério da Saúde apresentam discrepâncias com os números relatados nas FPO, comprometendo sua confiabilidade quanto ao número absoluto de procedimentos executados e inviabilizando o estabelecimento de indicadores.

A produção da assistência odontológica no município está restrita a procedimentos da atenção básica e, portanto, distante de propiciar a integralidade das ações, um dos pilares do Sistema Único de Saúde. Desta forma, revelam-se deficiências na gestão, seja na alimentação do sistema de informação ambulatorial, seja pelo processo de preenchimento, recolhimento e armazenagem das FPO, recomendando-se uma maior atenção e valorização do preenchimento das fichas e do processo de informatização dos dados, além de investimentos em capacitação para os odontólogos do município, visando melhoria da qualidade nos registros e ampliação dos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília – DF: Presidência da República, 1990.
2. BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília – DF: Presidência da República, 1990.
3. BRASIL. Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
4. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23(11):2555-64.
5. Peres KG et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública* vol.46 no.2 São Paulo Apr. 2012
6. Rocha R, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-80.
7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971 (Feb); 405-12.
8. Moysés SJ. Política de saúde e formação de recurso humanos em Odontologia. *Revista de ABENO* 2001;4(1);30-7.
9. Calado GS. A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios 2002.
10. Faccin D, Sebold R, Carceneri DL. Processo de trabalho em saúde: busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2007.
11. Garcia I, Tabak L. Global Oral Health Inequalities The View from a Research Funder. *Advances in Dental Research* 2011;23(2):207-10.
12. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista Saúde Pública* 2006;40.
13. de Moura MS, Ferro FEFD, da Cunha NL, de Souza Néto OB, de Lima MDM. Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em colegiado gestor regional do estado do Piauí.

14. Pinto MHB. Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná, à luz do princípio da diferença. 2011.
15. Pucca Jr G. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência Saúde Coletiva* 2006;11(1):243-46.
16. IBGE. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codcomun=431560>>,2010.
Acesso em 08/01/2013.
17. Barros S, Chaves S. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. 2003.
18. Soares FF et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(7):3169-3.

IV - NOTA À IMPRENSA

MAIS DA METADE DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM RIO GRANDE SÃO PARA CURAR OU MUTILAR.

Quando se diz que vai curar, é porque a pessoa já está doer diz que o procedimento realizado no paciente foi mutilador, é porque houve necessidade de cortar, de lesar, de abrir. Pois bem, de todos os procedimentos executados pelos dentistas nas unidades básicas de saúde (postos de saúde) do município nos últimos três anos, excetuando-se os de cunho coletivo, mais da metade (53,6%), foram para tratar alguma doença nos dentes ou na gengiva e/ou tiveram estes cortados, abertos, ou arrancados. Esses dados são parte dos resultados de um estudo conduzido pelo cirurgião-dentista Luiz Gustavo Ribeiro Siqueira, supervisionado pelo médico Juraci Almeida Cesar da FURG e pela também cirurgiã-dentista Josiane Dias Damé da UFPel.

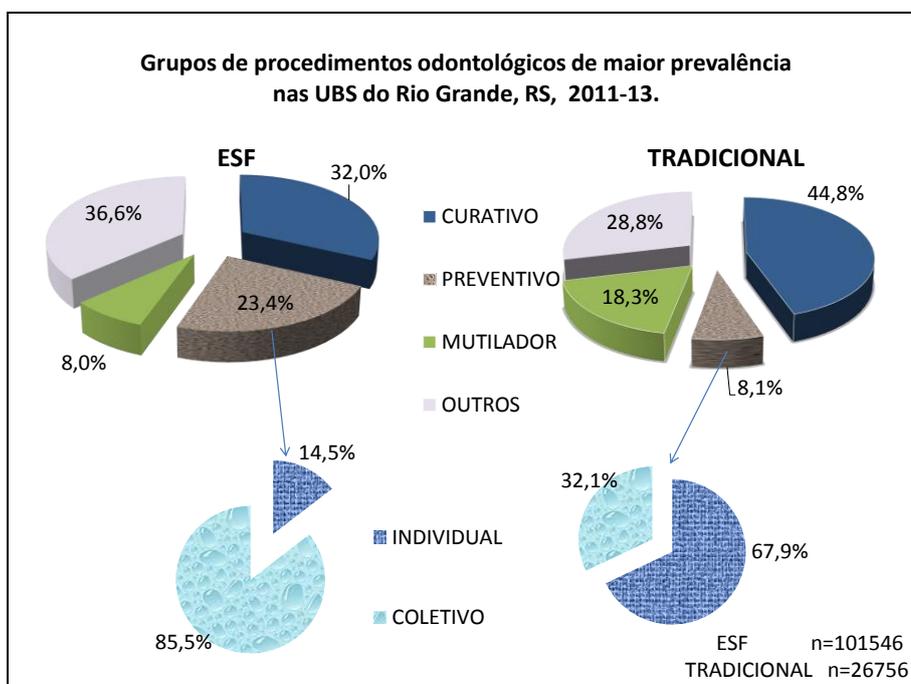
Este estudo, baseado em dados disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI-SUS), foi iniciado em julho de 2012 como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública Baseado em Evidências da UFPel e teve por objetivo determinar a quantidade e o tipo de procedimentos odontológicos realizados nas UBS tradicionais e naquelas com Estratégia de Saúde da Família para o município do Rio Grande, RS, em

O Rio Grande conta com 22 cirurgiões-dentistas para o atendimento do SUS, que realizaram 128.302 procedimentos odontológicos básicos, nos postos de saúde no período do estudo. O número de procedimentos, realizados nas 11 equipes da ESF (101.546 - 79,1%) é aproximadamente 4 vezes maior que os realizados nos postos de saúde tradicionais (26.756 -20,9%). Cabe ressaltar que os cirurgiões-dentistas da ESF trabalham nos 2 turnos, enquanto que, nos postos tradicionais, o atendimento de cada cirurgião-dentista é realizado em um período único.

O estudo verificou que a realização de atividade mutiladora no atendimento tradicional é duas vezes maior que na ESF (18,3% contra 8,0%) e que a prevenção de doenças bucais, na Estratégia de Saúde da Família é três vezes de maior que no sistema tradicional (23,4% contra 8,1%). Na ESF a atividade preventiva coletiva foi praticamente 6 vezes maior que a intervenção de prevenção individualizada (85,5% contra 14,5%), já no sistema tradicional verificou-se situação inversa, com

predomínio dos procedimentos individuais (67,9%-32,1%).

Diante disso, é possível perceber nítida diferença entre o sistema tradicional e a equipe de saúde bucal de Estratégia de Saúde da Família. No sistema tradicional, a odontologia é chamada a intervir para o alívio dos processos de doença, ainda que de maneira invasiva e mutiladora; enquanto que, as equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família atuam também para a promoção de conhecimentos na comunidade onde estão inseridas, com o objetivo de evitar a enfermidade.



Obs.: grupo outros é composto por os códigos inexistentes e os procedimentos referentes à consulta inicial, consulta de retorno, urgência, visita domiciliar do auxiliar de saúde bucal (ASB), exodontia de dente decíduo, remoção de sutura, e outros procedimentos de pequena frequência como gengivectomia, ulotomia e apicectomia.

ANEXO

	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS SIW/SUS Folia de Programação Físico Orçamentária—FPO	Folio nº /
1 - Dados Operacionais				
UF	UNIDADE	NOME DA UNIDADE		
2 - Dados de Controle				
Anexo Hierarquia	MESMO REFERENC	OPERAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	DATA DO PROCED. CLINICO TO (OBRIGATORIO) →
		Inicial Altera Exclui	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Subgrupo <input type="checkbox"/> N. Organização <input type="checkbox"/> Procedimento	DE MES ANO
3 - Dados da Programação (Procedimento)				
Linha	Procedimento	Físico	Procedimento	Físico
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
	SOMATÓRIO →			
Formalização				
GESTOR MUNICIPAL CARIMBO _____ RUBRICA _____ DATA / /		GESTOR ESTADUAL CARIMBO _____ RUBRICA _____ DATA / /		

FPOnew.v.01

APÊNDICE

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE - SECRETARIA DA SAÚDE – SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL - CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS

03010101-53	PRIMEIRA CONSULTA PROGRAMÁTICA
03010100-30	CONSULTA DE RETORNO
03010600-37	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
01010200-31	AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA
01010200-15	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR
01010200-40	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL C/FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA
01010200-74	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL P/SESSÃO)
01010200-58	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO
01010200-90	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA
01010200-82	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA
01010100-10	ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA
03070300-16	RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03070300-24	RASPAGEM, ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03070300-32	RASPAGEM CORONO RADICULAR (POR SEXTANTE)
03070100-58	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS
03070100-15	CAPEAMENTO PULPAR
03070100-40	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR
03070100-31	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR
03070100-23	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
03010101-52	RETIRADA DE PONTOS
03070200-70	PULPOTOMIA DENTÁRIA
03070200-10	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)
03070200-29	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO
04140201-20	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
04140201-38	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
04140200-73	CURETAGEM PERIAPICAL
04140203-75	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

04140203-83	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
04140203-59	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL
04140204-05	ULOTOMIA/ULECTOMIA
04140201-46	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04140202-78	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO OU IMPACTADO)
04140200-22	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
04140201-54	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04140201-62	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04010100-31	DRENAGEM DE ABCESSO (DENTE)
04040200-54	DRENAGEM DE ABCESSO (BOCA E ANEXOS)
04040200-97	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA