

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

FRANCISCA ANTONIA DOS SANTOS AGUILAR

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO  
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Belo Horizonte/MG  
2009

FRANCISCA ANTONIA DOS SANTOS AGUILAR

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO  
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu.

Belo Horizonte/MG  
2009

### **Dedicatória**

Dedico este trabalho ao meu esposo José Osório Aguilár, aos meus Filhos: Rodrigo, Phablo e Víctor Douglas, e a minha irmã Maria Marli, pelo incentivo e apoio incondicionais.

## **Agradecimentos**

Registro meus agradecimentos a Gerente do Centro de Saúde São Paulo, Dra. Jacqueline Rodrigues Fortunato, a Equipe de Saúde Bucal e todos aqueles que de alguma forma colaboraram na realização deste trabalho.

De modo especial ao Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu, pela disponibilidade e ensinamentos.

## RESUMO

A monografia apresenta uma análise sobre o Programa Bolsa Família, abordando as necessidades do tratamento da saúde bucal das crianças na faixa etária de zero a 12 anos, cujas famílias são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, buscando organizar o agendamento dos usuários para o tratamento odontológico.

Inicialmente, o assunto passou por uma abordagem sobre as finalidades do Programa, sendo mais aprofundada no desenvolver posterior, com relação área de abrangência da Unidade Básica de Saúde – UBS - Bairro São Paulo - Belo Horizonte/MG e que mereceu destaque no desenvolvimento do estudo realizado, tendo em vista que serviu de base para o levantamento dos dados adquiridos.

Realizou-se um levantamento sobre as crianças na faixa de zero a 12 anos de idade das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, com o objetivo de conhecer da situação epidemiológica da população, sendo essencial tanto para o nível de planejamento quanto para o de execução de serviços odontológicos, constituindo-se no caminho correto de equacionamento dos problemas de saúde e doenças bucais.

Palavras Chaves: Saúde Bucal, Criança, Bolsa Família.

## SUMÁRIO

	<b>Págs.</b>
1.0. Introdução.....	07
2.0. Objetivos .....	08
2.1. Objetivo Geral .....	08
2.2. Objetivos Específicos .....	08
3.0. Revisão da Literatura .....	09
3.1. Epidemiologia e Saúde Bucal na Infância .....	09
3.2. Programação e Planejamento .....	11
3.3. Programa Bolsa Família .....	13
4.0. Metodologia .....	16
5.0. Resultados e Discussão .....	19
6.0. Considerações Finais .....	25
Referências Bibliográficas .....	26

## 1.0. INTRODUÇÃO

O Governo Federal desenvolveu, em 2003, o Programa Bolsa Família - BF, cuja finalidade era minimizar as desigualdades sociais, contribuindo significativamente para redução da pobreza, e melhorar a situação alimentar e nutricional das famílias assistidas por esse programa.

Dos programas sociais que estão em desenvolvimento no país, o BF tem destaque uma vez que tem procurado melhorar as condições sociais desfavoráveis para a população que vive em condições de pobreza.

O Programa BF atende famílias em todos os municípios brasileiros. Contudo, um dos critérios básicos exigidos para a família participar do programa tem sido a renda *per capita* da família. Sendo esta renda, obtida através da soma do dinheiro que todas as pessoas da casa ganham mensalmente, dividida pelo número de pessoas que vivem na casa (BRASIL, 2007).

A área de abrangência da Unidade Básica de Saúde - UBS no Bairro São Paulo – Belo Horizonte/MG, apresenta uma população com áreas de elevada vulnerabilidade social e que deve merecer destaque no atendimento à saúde. Além disso, a organização da demanda por tratamento, considerando o princípio da equidade, visa garantir oportunidades adequadas às necessidades de cada grupo populacional visando maior justiça social (BRASIL,1990). Nesse ponto encontra-se uma das justificativas desse trabalho de pesquisa.

## **2.0. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Organizar o atendimento odontológico às crianças de zero a 12 anos cujas famílias são beneficiadas pelo BF, a partir do levantamento de necessidades de saúde bucal.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Abordar a relevância do Programa Bolsa Família, levantando as principais necessidades da saúde bucal das crianças de zero a 12 anos, cujas famílias são beneficiadas pelo BF.
- Analisar o atendimento odontológico dispensado às crianças de zero a 12 anos, cujas famílias são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

### **3.0. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1. EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE BUCAL NA INFÂNCIA**

Consoante os ensinamentos de Pinto (2008), o conhecimento da situação epidemiológica da população é essencial tanto para o nível de planejamento quanto para o de execução de serviços odontológicos, constituindo-se no caminho correto de equacionamento dos problemas de saúde e doença de cada comunidade.

O termo epidemiologia provém do grego – epi = sobre; logos – estudo, significando o estudo ordenado das causas e efeitos biológicos e sociais das doenças em populações humanas, tendo a comunidade e não o indivíduo, como unidade de interesse (PINTO, 2008).

Para a mensuração das condições de saúde em uma comunidade, são utilizados índices e indicadores. Um índice é o que pode estabelecer as diferenças de intensidades de ataque de uma doença ou de uma condição qualquer. Esse é um valor numérico que descreve a situação relativa (de saúde) de uma determinada população por meio de uma graduada com limites superior e inferior definidos, permitindo comparações com outras populações classificadas pelos mesmos métodos e critérios. Pode medir apenas a ocorrência de um problema ou estabelecer o seu grau de severidade, como faz o CPO (PINTO, 2008).

Via de regra, os índices são empregados em estudos de prevalência ou de incidência de problemas, tanto em levantamentos epidemiológicos de caráter operacional quanto em trabalhos de pesquisa.

De acordo com Pinto (2008), considera-se que um índice deve possuir as seguintes características:

- Clareza, simplicidade e objetividade
- Validez
- Confiabilidade
- Sensibilidade
- Aceitabilidade

No processo de escolha de um índice, há que buscar a maior aproximação possível com essas características, mesmo reconhecendo que será difícil contemplá-las de modo integral, em se tratando de fenômeno de conteúdo social (PINTO, 2008).

Índices e Indicadores são termos com significados diferentes. Enquanto os primeiros sempre se expressam por valores numéricos precisos, os indicadores de saúde possuem um sentido amplo e podem incluir tanto alguns índices quanto informações qualitativas como o acesso a serviços de saúde bucal e as condições de vida, etc. (PINTO, 2008).

Segundo Tobias, Parente e Rebelo (2008), ocorreu no Brasil um declínio na prevalência da cárie; entretanto, poucos estudos foram realizados. O último levantamento epidemiológico nacional, concluído em 2003, para as doenças bucais, denominado de SB – Brasil constatou o declínio do ataque à cárie na população infantil brasileira. Observou-se no estudo que cerca de 70% das crianças brasileiras de 12 anos têm pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Mesmo assim, o país alcançou a meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (CPO-D até 3,0) com um atraso de quatro anos, apresentando um índice CPO-D de 2,78 para população de 12 anos de idade.

O declínio da cárie dentária não aconteceu de forma semelhante em toda a população infantil. Assim, uma questão fundamental, é determinar a diferença entre as desigualdades naturais e sociais, buscando atender ao conceito de equidade em saúde.

As desigualdades naturais ocorrem como diferenças entre indivíduos como no caso do sexo, raça e idade. Entretanto, essas mesmas categorias podem adquirir características de desigualdades sociais se a elas for associado a forma como se inserem na estrutura societária da qual fazem parte. As desigualdades sociais e

naturais podem ser encaradas como aceitáveis, dependendo do ponto de vista (MOYSÉS, 2008).

O conceito de iniquidade tem sido utilizado, para designar aquelas desigualdades consideradas como inaceitáveis “por sua elevada magnitude ou por sua vulnerabilidade a ações factíveis” (SILVA E BARROS, 2002).

Conforme Moysés (2008), as pesquisas sobre desigualdades no campo da saúde bucal são relativamente novas, entretanto, houve um crescimento considerável de estudos.

No caso da cárie dentária, sua determinação é social, ou seja, sua distribuição nas populações tem uma relação direta com a forma como se estabelecem as relações de produção nestas sociedades. Quanto melhores as condições de vida das pessoas, não somente relativas ao consumo de bens, mas de elementos que compõem o conceito de qualidade de vida, melhor será a sua situação de saúde bucal (FERREIRA E RONCALLI, 2004).

Para Moysés (2008), existem lacunas no conhecimento em epidemiologia bucal que comprometem a compreensão das desigualdades em saúde bucal, descritas por Chen em 1995: (a)insuficiente conhecimento sobre populações de renda média em países em desenvolvimento e de baixa-renda, (b) ausência de dados de tendência epidemiológica e (c) ausência de comparação entre países.

### **3.2. PROGRAMAÇÃO E PLANEJAMENTO**

As evidências que apontam para a determinação social da cárie dentária, comentadas anteriormente, têm influência direta sobre o planejamento das ações de saúde.

Segundo Pereira (1995), a implantação das decisões tomadas em nível de planejamento leva à execução de “ações”, que podem ou não modificar as “condições

de saúde”. O monitoramento das ações e, principalmente, das mudanças, nos indicadores de saúde é feito com o auxílio dos ensinamentos contidos na epidemiologia, de modo que os dados sobre os agravos à saúde, os fatores de risco, os recursos empregados e a infra-estrutura de serviços sejam coletados, armazenados, organizados e interpretados com vistas à sua utilização no aprimoramento do funcionamento dos serviços de saúde.

Os sistemas de prestação de cuidados em saúde nos países em desenvolvimento buscam atingir a dois objetivos: a) melhorar significativamente os padrões de saúde bucal de toda a população, b) reduzir e se possível eliminar as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos, o que corresponde a favorecer os grupos economicamente mais carentes e os residentes em áreas marginalizadas (PINTO, 2008).

De acordo com Pinto (2008), o trabalho de saúde bucal está orientado no princípio da equidade e no conceito biológico da transmissibilidade da cárie, procurando avançar em torno do eixo conceitual da saúde da família. Estrutura-se segundo três grandes vertentes: a atenção a problemas de enfrentamento contínuo, a atenção a problemas de enfrentamento ocasional e a ações de educação em saúde.

Segundo Rasmussem (1990), *apud* Barbosa e Santos (2005), planejamento estratégico é planejar o futuro perante as limitações psicológicas físicas e os pontos fracos e fortes de uma organização, considerando as alterações do comportamento do macro ambiente referente aos segmentos econômicos, políticos, tecnológicos, sociais, ecológicos, legais, geográficos, demográficos e competitivos.

---

RASMUSSEM, U. W. *Manual de Metodologia do Planejamento Estratégico: uma ferramenta científica de transição empresarial do presente para o futuro adotada para o âmbito operacional brasileiro*. São Paulo: Aduaneiras, 1990.

O planejamento deve ser compreendido como um processo contínuo e não como um somatório de etapas sucessivas (PINTO, 2008).

Há quatro momentos básicos do planejamento estratégico-situacional: a) momento explicativo, equivalente ao diagnóstico: b) momento normativo, no qual é feito o desenho ou proposta de nova realidade: c) momento estratégico, composto por procedimentos necessários à superação dos obstáculos: d) momento tático-operacional, que inclui a apreciação da situação presente, uma pré-avaliação das decisões e a avaliação ou análise da nova situação (ADRIANO, SANTOS E FERREIRA, 1998).

Considerando esses momentos do planejamento, verifica-se que a epidemiologia poderia contribuir com a explicação da realidade e com a avaliação ou análise da nova situação. Assim, conhecer a realidade de saúde bucal de população infantil pode contribuir para o planejamento das ações direcionadas para tal grupo.

### **3.3. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Considerando que as doenças bucais apresentam determinação social e que influenciam o planejamento das ações, será realizada uma breve revisão sobre o programa BF.

O Programa BF, criado pela medida provisória n.132, de 20 de Outubro de 2003, transformada na Lei n. 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004, é o principal programa de transferência de renda do governo federal. Constitui-se, inicialmente, como um programa estratégico no âmbito do Fome Zero – uma proposta de política de segurança alimentar, orientando-se pelos seguintes objetivos: combater a fome, a pobreza e as desigualdades por meio da transferência de um benefício financeiro associado à garantia do acesso aos direitos sociais básicos – saúde, educação,

assistência social e segurança alimentar; promover a inclusão social, contribuindo para a emancipação das famílias beneficiárias, construindo meios e condições para que elas possam sair da situação de vulnerabilidade em que se encontram (BRASIL, 2006).

O BF foi elaborado visando minimizar: 1) a ocorrência de sobreposições de programas, definindo objetivo e público alvo: 2) desperdício de recursos por falta de uma coordenação geral e dispersão dos programas em diversos ministérios; 3) falta de planejamento e mobilidade do pessoal executor, 4) alocações orçamentárias insuficientes, com o não atendimento do público alvo conforme os sete critérios de elegibilidade determinados (BRASIL, 2002).

Inicialmente, a unificação proposta ficou restrita a quatro programas federais: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás e Cartão Alimentação, sendo indicada em 2005 a incorporação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e do Agente Jovem. O governo federal criou o Programa Bolsa Família, em 2003, para apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito à alimentação.

Segundo as informações obtidas pelo Instituto Polis Pesquisa LTDA, a pedido do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a condição de vida melhorou ou ficou muito melhor depois da inclusão no Programa Bolsa Família. Esta é a avaliação de 87,8% dos atendidos pelo programa de transferência de renda do governo federal. Além disso, o rendimento médio familiar aumentou em 21,3% e 61,7% dos adultos e 66% crianças fazem três ou mais refeições todos os dias. Os dados constam do levantamento realizado no final do ano passado (MANZATTI, 2006).

De acordo com a pesquisa, os atendidos pelo Programa Bolsa Família que recebem, em média, R\$ 64,19 de benefício. Com isso, a renda média das famílias

subiu de R\$ 302 para R\$ 366. Dos entrevistados, 87,2% afirmam que utilizam os recursos para comprar alimentos, 42,1% para adquirir material escolar e 36,6% compram roupas e calçados. Na opinião de 82,4% dos entrevistados, a alimentação melhorou depois que ingressaram no programa. Em relação ao consumo de alimentos, 44,7% dizem que, com o recurso do programa, sempre é suficiente para todos comerem bem (MANZATTI, 2006).

#### 4.0. METODOLOGIA

Este trabalho envolveu uma pesquisa de campo, realizada na UBS do Bairro São Paulo em Belo Horizonte/MG. A UBS é composta por quatro equipes de Saúde da Família. Há 04 (quatro) Equipes de PSF e 02 (duas) Equipes de Saúde Bucal (ESB) na UBS. O presente estudo foi realizado, tendo como base a população infantil, cujas famílias são beneficiadas pelo programa BF, e atendidas pela Equipe Topázio.

A Equipe Topázio (ESF 02) pertence ao centro de Saúde São Paulo, Regional Nordeste. Abrange os bairros São Gabriel, São Paulo, Pirajá e Eymard. A área passa atualmente por algumas mudanças como: aumento do fluxo de veículos, desapropriações de casa e construções de prédios. As ruas da área são em sua maioria asfaltadas. Existem becos e aglomerados. É uma área basicamente plana, sendo que 02 (duas) micro-áreas situam-se mais distantes da UBS. Na época chuvosa a população não sofre com inundações. A barreira física encontrada pela população é a BR 262. A área da Equipe Topázio, é distribuída em 4 microáreas. Sendo: microárea – 06, distribuída da seguinte forma: 23 famílias, constando crianças de 0 a 12 anos, microárea - 08, é constituída por 16 famílias, sendo 53 crianças, microárea - 09, são 10 famílias com 43 crianças, microárea - 18, tem 30 famílias com 16 crianças.

Com relação ao Índice de Vulnerabilidade à Saúde - (IVS) da área de abrangência da equipe Topázio, o Setor 119, com 917 pessoas, apresenta IVS elevado, o Setor 120, com 905 pessoas, e o Setor 130, com 1365 pessoas, apresentam IVS médio.

Na área de abrangência da equipe Topázio, residem 973 famílias com seus 3.183 usuários. Destes, 69% são do sexo feminino e 31% do sexo masculino. A

densidade familiar média é de 3,27 pessoas/família. A faixa etária predominante é adulta (20 a 59 anos), totalizando 60% da população geral. A taxa de analfabetismo na população é de 0,1%. Os usuários com faixa etária a partir de 60 anos, equivale a 9% da população. Na faixa etária de 0 a 9 anos é de 19%, e destes, 65% estão na escola.

Segundo os dados fornecidos pela ACS da UBS relativos à população da área de abrangência da faixa etária de 0 a 12 anos que recebem BF, é de aproximadamente 121 crianças.

O indicador de necessidade de tratamento odontológico foi registrado a partir do prontuário odontológico na unidade de Saúde do Bairro São Paulo.

A coleta de dados utilizou o prontuário de saúde. Esse prontuário foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e pela UBS e apresenta registro de idade, sexo ser beneficiário ou não do Programa BF, dentre outros. As crianças foram chamadas pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS para avaliação da saúde bucal. Para essa avaliação foi utilizado o Levantamento de necessidades (PBH, 2008).

<b>Código</b>	<b>CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO</b>
0	Não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração.
1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
2	Apresenta de 03 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
3	Apresenta mais de 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada.
5	Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como o maior problema.
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda.

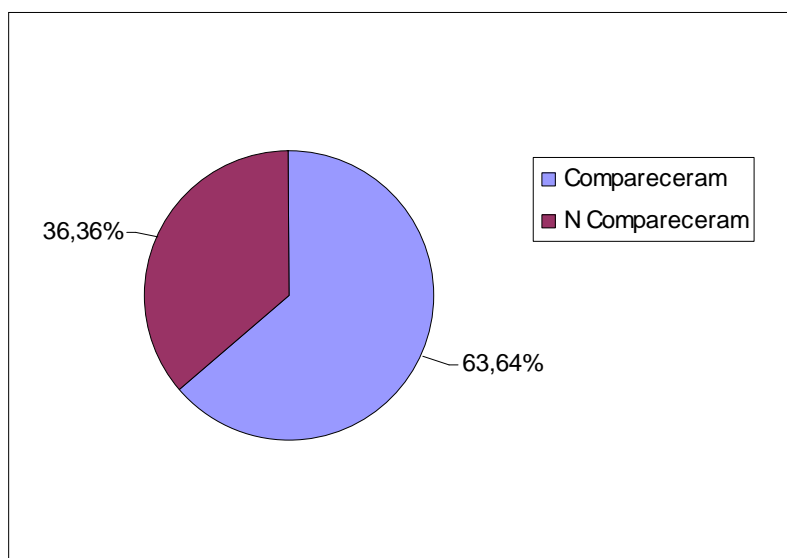
**Quadro 1**–Critérios do levantamento de necessidades utilizado pela Prefeitura de Belo Horizonte.

Esse indicador foi registrado a partir do exame da cavidade bucal das crianças, no consultório odontológico por uma única cirurgiã-dentista. Não foram avaliados usuários que à época não residiam na área da abrangência.

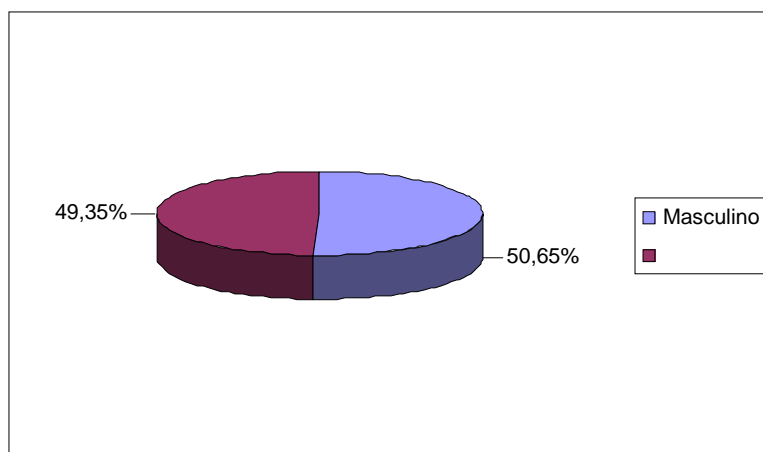
## 5.0. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidadas, através das ACS, para participar do inquérito em saúde bucal, 121 crianças com idade entre 0 e 12 anos. Deste total, compareceram 77 (63,64%). Sendo distribuídas da seguinte forma: 01 criança de 09 meses de idade, 04 crianças de 1 ano, 04 crianças de 2 anos, 09 crianças de 3 anos, 08 crianças de 04 anos, 06 crianças de 5 anos, 12 crianças de 06 anos, 09 crianças de 07 anos, 05 crianças de 08 anos, 08 crianças de 09 anos, 02 crianças de 10 anos, 05 crianças de 11 anos, 04 crianças de 12 anos.

Destas crianças, 39 (50,65%) eram do sexo masculino e 38 (49,35%) eram do sexo feminino.

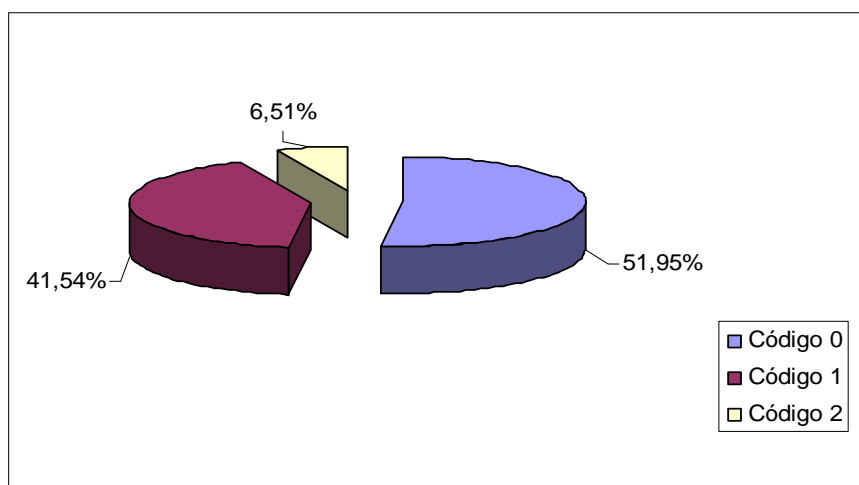


**GRÁFICO 1-** Distribuição do comparecimento das crianças (de 0 a 12 anos), cujas famílias são beneficiárias da BF, equipe Topázio, Centro de Saúde São Paulo, Belo Horizonte, 2009.



**GRÁFICO 2** – Distribuição das crianças beneficiárias do BF, de acordo com o sexo, equipe Topázio, Centro de Saúde São Paulo, Belo Horizonte, 2009.

Em relação à condição de saúde bucal, mensurada pelo Levantamento de Necessidades, foram identificados que 40 (51,90%) eram código 0. Sendo 32 (41,50%) código 1 e 05 (6,5%) código 2.



**GRÁFICO 3** -. Distribuição das crianças, em relação à condição bucal, equipe Topázio, Centro de Saúde São Paulo, 2009.

Nos ensinamento de BRASIL (1993)<sup>1</sup>; TESINI E FENTON (1994)<sup>2</sup>: RESENDE et al (1997)<sup>3</sup>; GIZANI et al (1997)<sup>4</sup>, *apud* Castilho et al (2000),

As condições de saúde bucal do portador de deficiência mental e neuropsicomotora são precárias, sendo a prevalência, incidência e severidade das doenças cárie e periodontal maiores se comparadas aos indivíduos normais, mesmo naqueles que já receberam tratamento odontológico.

FOURNIOL FILHO e FACION (1998)<sup>5</sup>, *apud* CASTILHO et al (2000), após concluir seus estudos atribuiu

“este maior número de lesões pode ser explicado pelo tipo de alimentação (na maioria das vezes mais pastosa, além do uso prolongado da mamadeira); hipocalcificação; higienização (dificuldade de realização da escovação e autolimpeza insuficiente devido à deglutição atípica e alimentação pastosa); medicação (remédios contendo sacarose na sua fórmula ou causando xerostomia); abrasão-atrção; gravidade de deficiência mental; interferência sistêmico-metabólica.”

No dizer de Castilho et al. (2000), o INTO, apesar de fazer uma avaliação menos detalhada, permite coleta de dados rápida e eficiente. Além disso, segundo CAVALCANTE et al (2006), essa avaliação é útil para orientar o planejamento de ações coletivas e individuais, possibilitando ajustes quando necessários. Isso é importante, conforme Dumont et al. (2008), porque busca promover a equidade, ou seja, priorizando quem mais necessita do tratamento.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema Único de Saúde*. Brasília: 1993.

<sup>2</sup> TESINI, D. A.; FENTON, S. J. Oral Health Needs Of Person With Physical or Mental Disabilities. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v.38, n3, p.483-498, jul., 1994.

<sup>3</sup> RESENDE, V. L.; Castro, W. H.; ABREU, M. H. N. G. *Uma Proposta de Atendimento Odontológico a Paciente com Distúrbios Neuropsicomotores*. In: Encontro de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFMG, 5, 1977, Belo Horizonte. *Arq. Cent. Est. Curso de Odontologia*. Belo Horizonte: 1997. p.65.

<sup>4</sup> GIZANI, S. et al. Oral Health Condition of 12-Year-Old-Handicapped Children in Flandres (Belgium). *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.25, n.5, p.352-357, Oct. 1977.

<sup>5</sup> FOURNIOL FILHO, A.; FACION, J. R., Deficiência Metal. In: *Pacientes Especiais e a Odontologia*. São Paulo: Santos, 1998. p.399-375.

Trabalho desenvolvido com os índios Xakriabá, em Minas Gerais, com o objetivo de conhecer as necessidades de tratamento odontológico buscando organizar o agendamento dos pacientes para tratamento, os resultados mostraram haver uma população predominantemente jovem, um grande número de pessoas sem necessidade de tratamento e a cárie dentária foi o problema mais prevalente. (DUMONT, 2008), comparando com os resultados obtidos neste trabalho, levando em consideração o nível sócio-econômico das crianças, ou seja, a baixa renda familiar, conclui-se que nem todas as crianças necessitavam de tratamento odontológico, mas, apenas o de prevenção.

O grande diferencial na implantação da perspectiva de atuação em saúde bucal foi à inclusão na Estratégia Saúde da Família (ESF) das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

De acordo com Moysés (2008), o papel dos profissionais de cada ESB/ESF conhecer a área de atuação do Centro de Saúde por meio da territorialização, indicando as áreas de maior ou menor risco, seus recursos, suas condições sócio-econômico e cultural.

A ESB deve ter conhecimento de informações gerais sobre os usuários e as famílias para planejamento e organização de seu trabalho. Todos os profissionais do Centro de Saúde devem, em conjunto, criar e desenvolver práticas de saúde que permitam compartilhar as informações sobre o trabalho com as famílias.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi feito um levantamento epidemiológico, no Centro de Saúde para observar distribuição das crianças, em relação à condição bucal, nas faixas etárias de 0 a 12 anos.

A organização do acesso dos usuários para tratamento odontológico, na Unidade básica de saúde bucal é conseguida por meio do atendimento de urgências, demanda espontânea ou através de grupos operativos (UBS), sendo essas metas

propostas pela SMSA. Todavia, houve avanço, porém, é preciso, que os serviços para estes grupos, sejam estimulados, visando melhor condição de saúde bucal a toda a população, com o objetivo de atingir maior número de pessoas.

Conforme Dumont et al. (2008), torna-se importante definir prioridade para tratamento, buscando desta forma, promover a equidade, isto é, priorizar aquelas pessoas cujos casos clínicos são mais urgentes ou apresentam mais necessidades de tratamento.

Com isso, foram intensificadas as medidas de promoção de saúde bucal junto a UBS. Dentre as 77 (setenta e sete) crianças codificadas, 40 (quarenta) não apresentavam necessidade de tratamento e o restante, ou seja, 37 (trinta e sete) foram agendadas, levando em consideração o princípio da equidade.

Das crianças que foram agendadas, compareceram 25 (vinte e cinco), sendo realizado ART em algumas destas crianças. Destas, 11 (onze) concluíram o tratamento e apenas 14 (quatorze), continuam fazendo o tratamento. Contudo, foi verificado que um dos problemas na organização do serviço é absenteísmo.

Entretanto, esta será uma das propostas a ser desenvolvida junto a assistente social, a comunidade e a comissão local para conseguir uma mudança futura desse quadro. Bem como, trabalhos com crianças da Escola Integrada (oficina), assistência às crianças da Creche "ELOS," puericultura.

Auxiliando na união da equipe, contribuindo com uma maior integração, planejamento das ações odontológicas, priorização das ações sob o princípio da equidade, direcionando o foco da odontologia para as famílias que vivem em condições de pobreza, uso da busca ativa, com o auxílio do ACS, desses pacientes, seguindo os princípios do PSF de territorialização, promoção da saúde, distribuição de escovas e cremes dentais e no tratamento realizado com as famílias mais carentes.

## **6.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou a coleta de dados na população em questão e proporcionou a seleção dos usuários de acordo com a faixa etária de zero a 12 anos de idade.

A partir dos resultados apurados, ficou mais fácil para a equipe odontológica conhecer as necessidades da saúde bucal das crianças.

Os resultados obtidos neste trabalho servirão para organizar o acesso aos serviços de saúde bucal, priorizando as crianças com maior necessidade de tratamento odontológico, promovendo a equidade e facilitando o agendamento por parte da Equipe.

Por fim, sobre a questão do programa Bolsa Família, abordando sobre os resultados deste estudo mostraram que a maioria das crianças das famílias beneficiadas pelo programa não apresentava necessidades de tratamento e a cárie dentária foi o problema mais prevalente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIANO, J. R.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. *Manual de Planejamento*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

BARBOSA, W. C.; SANTOS, A. J. Planejamento Estratégico de Sistemas de Informações Para Organizações do Terceiro Setor. XI SIPEP, 2005. Disponível em: <[http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais\\_12/copias.php?arquivo=barbosa\\_wc\\_planejamento.pdf](http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_12/copias.php?arquivo=barbosa_wc_planejamento.pdf)>. Acesso em 28/10/2009 às 14:30 horas.

BRASIL. Lei nº. 8080 – 19 set. 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. *Diário Oficial da União, Brasília*, 20 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde: *Atenção à Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema Único de Saúde*. Brasília: 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

CAVALCANTE, C. A. T., O Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal e as Ações de Cuidado Desenvolvidas nas 11 Escolas Especiais de Belo Horizonte, jun. 2006.

CASTILHO, L. S. et al. *Utilização do INTO Para Triagem de Grandes Grupos Populacionais: Experiências com pacientes especiais*. *Revista Regional de Odontologia*. Belo Horizonte, CROMG, v.6 n.3 set/dez 2000.

DUMONT, A. F. S. et al. *Índice de Necessidade e Tratamento Odontológico: O Caso dos Índios Xakriabá*. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n.3, p.1017-1022, 2008.

FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. *Saúde Bucal Coletiva: Conhecer Para Atuar*. Natal: Editora UFRN, 2004.

KRIGER, L; MOYSÉS, S. *Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

MANZATTI, M. *Pesquisa identifica Impacto do Bolsa Família - São Paulo (SP) 2006*, Disponível em: <http://www.overmundo.com.br/blogs/pesquisa-identifica-impacto-do-bolsa-familia>; Acesso em 12/09/2009 às 14:41 horas.

MOOYSÉS, S; KRIGER, L; MOYSÉS, S. *Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

PARENTE, R.C. P. et al. Prevalência e Gravidade da Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento em Crianças de 12 anos de Município de Pequeno Porte Inserido no Contexto Amazônico. *Rev. Bras. Epidemiologia*. vol.11, n.4. 2008,

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*, Rio de Janeiro: Guanabara,1995.

PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva* 5 ed. São Paulo:Santos, 2008.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / MG. *Índice de Vulnerabilidade Social*; 2007.- Disponível em: <http://www.pbh.gov.br> Acesso em: 20/08/2009, às 13:34 horas.

TOBIAS, R; PARENTE, R. C. P.; REBELO, M. A. B. *Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico*. Revista Brasileira de Epidemiologia. V. n.4, São Paulo: 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2008000400009&script=sciarttex>, Acesso em: 12/09/2009, às 14:15 horas.

SANTOS, A. M. Manual de Planejamento, 1998.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. *Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002;12 (6):375-83.