

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**SÉRIE HISTÓRICA DE LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS:
PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA
SAÚDE BUCAL DE CARATINGA**

ZILERNICE RAMIRES GUIMARÃES BRITO

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2013

ZILERNICE RAMIRES GUIMARÃES BRITO

**SÉRIE HISTÓRICA DE LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS:
PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA
SAÚDE BUCAL DE CARATINGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2013

ZILERNICE RAMIRES GUIMARÃES BRITO

**SÉRIE HISTÓRICA DE LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS:
PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA
SAÚDE BUCAL DE CARATINGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para a obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Andréa Clemente Palmier - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 06/07/2013

DEDICATÓRIA

Àquele que me permitiu sonhar de uma forma que alargasse meus horizontes.
Sonhei, busquei e conquistei, mas antes o sonho foi plantado em mim.
Obrigada a Deus que semeou.

À minha mãe, modelo de vida, de luta e meu maior incentivo na busca pelo conhecimento.

Aos meus filhos, João Victor e Amanda, prioridades em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, “mais importante que o lugar que ocupas em mim, é a intensidade da tua presença em tudo que faço”.

Agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta na construção deste trabalho:

À minha mãe, pelo incentivo e apoio, por acreditar sempre e ser a maior responsável por eu ter chegado aonde cheguei.

Aos meus filhos que sempre acreditaram em mim, obrigada pelo incentivo.

Aos irmãos queridos e suas famílias que sempre me apoiaram e fizeram parte da minha formação com valioso suporte, especialmente Zilah, Ziller, Zuleika e Zeuler.

Aos meus amigos, colegas de faculdade, pessoas especiais que alegram minha vida! Não importa onde eu esteja sempre levarei um pouco de cada um comigo!

Aos colegas da especialização do CEABSF pela curta convivência, pelo imenso aprendizado e amizade, especialmente à Alessandra Alves Sabino, pelo compartilhamento das alegrias, tristezas, dúvidas e carona.

À UFMG por proporcionar a difusão do conhecimento à distância e por apostar no aprimoramento da Atenção Básica através da capacitação de seus profissionais.

Às tutoras Ayla Norma Ferreira Matos e Fernanda Magalhães Duarte Rocha do polo de Governador Valadares pela grande contribuição e pelo caminhar compartilhado. Agora sabemos por quem os sinos doam.

Ao meu orientador Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena pelas contribuições teóricas, apoio, paciência, comprometimento e incentivo, o que possibilitou a conclusão deste trabalho.

À Prefeitura Municipal de Caratinga, através dos Gestores de Saúde Bucal pela disponibilização dos dados.

Ao amigo Wendel José, gerente da ESF-Esperança II, que me acolheu na unidade, ato decisivo na realização das atividades do CEABSF. Só nós dois sabemos o risco que ambos corríamos. Obrigada pelo carinho incondicional e por figurar entre meus amigos especiais.

À colega Rose, pelo apoio.

Agradeço especialmente aos colegas e amigos: Marco Antônio Ferraz Junqueira, atual prefeito de Caratinga e Soraia Nogueira Xavier que me ensinaram a amar e a trilhar os caminhos da Saúde Bucal Coletiva.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para o alcance de mais esta etapa.

EPÍGRAFE

“O planejamento só é ético quando visa um crescimento que possa se traduzir em melhor qualidade da vida coletiva, um cenário melhor para a vida de todos, e só é democrático quando procura incorporar todos os envolvidos no processo de planejar”

João Caramez

RESUMO

A epidemiologia é necessária a qualquer programa de saúde bucal que visa o enfrentamento dos problemas bucais que afetam a população para a qual se propôs o planejamento das ações em saúde. Os estudos epidemiológicos, portanto são uma poderosa ferramenta para o embasamento científico, sendo altamente relevante nas ações a serem deflagradas, na organização do plano de ação e do processo de trabalho. Este estudo objetiva discorrer sobre a série histórica de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, construída pelo município de Caratinga em 20 anos de desenvolvimento do programa de saúde bucal, de 1993 até o ano de 2012, totalizando 13 estudos; comparar os dados de interesse pertinentes ao estudo com os resultados do SB-BRASIL 2010; propor um plano de ação para os problemas levantados (elevado percentual de crianças da faixa etária de 5 anos com experiência de cárie, alto índice de adultos e idosos apresentando edentulismo parcial ou total) , sendo, portanto necessária a intervenção para o alcance de metas propostas pela OMS e ampliação do acesso da população adulta aos serviços oferecidos pelo município. Além disso, pretende-se subsidiar indiretamente a avaliação das ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal que integram a Estratégia Saúde da Família. Na revisão literária foram utilizados dados da Biblioteca Virtual de Saúde nas bases Lilacs e Scielo. Os descritores utilizados foram: Epidemiologia, Levantamentos Epidemiológicos; Saúde bucal; Saúde da Família; Planejamento em saúde. Foram consultados também as publicações oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga - MG, textos e módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Concluiu-se que, apesar da construção da série epidemiológica, os dados não foram utilizados para um sistema de vigilância eficiente, não contribuindo para o planejamento e avaliação dos serviços ofertados. Propôs-se então, através do desenvolvimento do plano operativo, a reorganização da saúde bucal em Caratinga e a construção do protocolo de atendimento clínico para a uniformidade das ações.

Palavras-chave: Epidemiologia, Levantamentos Epidemiológicos; Saúde bucal; Saúde da Família; Planejamento em saúde.

ABSTRACT

The epidemiology is required at any oral health program that aims the confront with oral problems that affect the population to which we proposed the action planning in health. The epidemiological studies, therefore, are a powerful tool for scientific basis, being highly relevant in actions to be deflagrated, in the action plan and in the work process. This study aims to discuss the historical series of epidemiological surveys in oral health, organized by the city of Caratinga in 20 years of development of oral health program, from 1993 until the year 2012, a total of 13 studies; to compare the data of relevant interest to the study with data from SB-BRAZIL; to propose a plan of action for the problems risen (high percentage of children from the age of 5 years with caries experience, high level of adults and elderly showing partial or total edentulous) therefore requiring the intervention to the achievement of the goals proposed by the OMS and the enlargement of the adult population access to services offered by the city. In addition, we intend to indirectly subsidize the evaluation of actions carried out by Oral Health Teams that integrate the Family Health Strategies. In literary review were used data from the Virtual Health Library in Lilacs and Scielo databases. The descriptors used were: Epidemiology, Epidemiological Surveys; Oral Health; Family Health; Health Planning. Were also examined the official publications of the Ministry of Health, Ministry of Health of the State of Minas Gerais, Municipal Health Secretariat of Caratinga-MG, texts and modules of the Specialization Course in Basic Care in Family Health and from the Virtual Library of the Education Center in Collective Health (NESCON). It was concluded that, despite the construction of epidemiological series, the data has not been used for an efficient surveillance system, not contributing to the planning and evaluation of services offered. We then proposed, through the development of the operating plan, the reorganization of oral health in Caratinga and the construction of the clinical care protocol for uniformity of the actions

Keywords: Epidemiology, Epidemiological Surveys; Oral health; Family Health; Health Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS -Centro de Atenção Psicossocial

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CD - Cirurgião Dentista

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

ceo-d –Dentes cariados, com extração indicada e obturados - dentição decídua

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CFO - Conselho Federal de Odontologia

COM - Centro Odontológico Municipal

CPO-D - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados - dentição permanente

CRO - Conselho Regional de Odontologia

DAB – Departamento de Atenção Básica

DSB - Departamento de Saúde Bucal

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços especiais de Saúde Pública

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino- Americana e do Caribe

MS - Ministério da Saúde

NESCON - Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PMC -Prefeitura Municipal de Caratinga

SAS -Secretaria de Atenção à Saúde

SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

TSB - Técnico em saúde bucal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de cárie dentária quanto à prevalência com base nos valores do CPO -D aos 12 anos de idade.....	16
Tabela 2: Heterocontrole do Flúor na água, Caratinga, 2008	26
Tabela 3: Evolução dos índices ceo-d e CPO-D de 1993 a 2013, Caratinga, 2013..	31
Tabela 4: Comparativo das metas propostas pela OMS e percentual de crianças livre de cárie em Caratinga, 2013.....	33
Tabela 5: Índice ceo-d = 0 e meta da OMS 2020,município de Caratinga, 2008-2010-2012.	38
Tabela 6: Índice CPO-D médio, nas faixas etárias 35-44 e 65-74 anos, Caratinga, 2012	39
Tabela 7: Uso e necessidade de próteses totais e ou parciais, Caratinga, 2010.....	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da População: urbana e rural.....	27
Gráfico 2 : Índice ceo-d aos 5 anos, 2000 a 2012, Caratinga, 2013	31
Gráfico 3: Índice CPO-D faixas etárias, 35-44 anos e 65-74 anos, 2004 a 2012, Caratinga, 2013.....	32
Gráfico 4: Comparação entre o índice ceo-d aos 5 anos, Caratinga 2010 e 2012, e o estudo SB Brasil 2010.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Árvore explicativa do problema “Alto percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie”	36
Quadro 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema elevado percentual de crianças de 5 anos, com experiência de cárie	43
Quadro 3: Recursos críticos	44
Quadro 4: Análise da viabilidade do plano	46
Quadro 5: Plano Operativo.....	48
Quadro 6: Planilha para acompanhamento “Cárie Zero”	50
Quadro 7: Planilha para acompanhamento “Bem Viver”	50
Quadro 8: Planilha para acompanhamento “Trabalhando saberes”	51
Quadro 9: Planilha para acompanhamento “Alegria de sorrir”	51
Quadro 10: Planilha para acompanhamento “Linha do cuidado”	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 Epidemiologia: ferramenta para a reorganização das ações	22
5.2 Caracterização do Município.....	25
5.3 Saúde Bucal em Caratinga	28
5.4 Série Histórica de Estudos Epidemiológicos de Caratinga	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Como o Problema foi priorizado?.....	34
6.2 Descrição e Caracterização do Problema.....	37
6.3 “Nós” Críticos	41
6.4 Desenho das Operações	42
6.5 Recursos Críticos.....	44
6.6 Análise da Viabilidade do Plano.....	45
6.7 Plano Operativo	47
6.8 Gestão do Plano	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia tem por objetivo principal contribuir para minimizar os problemas de saúde na população. Para atingir esse objetivo é necessário conhecer como a doença se distribui, os fatores determinantes dessa distribuição e quais são os meios que serão utilizados para alterar a situação encontrada em uma população específica.

Segundo Pereira (2008), as principais aplicações da epidemiologia são:

- Informar a situação de saúde de uma população;
- Investigar os fatores que influenciam a situação de saúde;
- Avaliar o impacto das ações propostas para alterar a situação encontrada.

Essas aplicações fornecerão preciosos subsídios que auxiliarão nas decisões, sejam em nível coletivo ou individual (PEREIRA, 2008). Tais subsídios serão o alicerce do planejamento das ações, a partir das evidências que os estudos epidemiológicos proporcionarão, orientando-se para a implementação de novas intervenções, reorientação das práticas existentes ou até mesmo a manutenção das estratégias traçadas anteriormente, tendo por objetivo “melhorar as condições de saúde da população” (SCLIAR, 2003 apud RONCALLI, 2006, p. 106).

No Brasil, foram realizados quatro estudos epidemiológicos de abrangência nacional em saúde bucal: 1986, 1996, 2003 e o último em 2010 (BRASIL, 2012). A cárie dentária continua a ser a patologia que mais acomete a cavidade bucal, mas mesmo percebendo uma melhoria significativa na realidade apurada, o acesso restrito aos serviços e a iniquidade em saúde ficou mais uma vez evidenciada. Foi demonstrado um declínio consistente da doença, mas ainda permanecem índices mais elevados nas regiões mais pobres do Brasil, as regiões Norte e Nordeste do país.

Tais experiências representam o esforço do setor saúde bucal em nível federal de, por um lado, produzir dados que componham uma série histórica consistente que possa contribuir como subsídio para a elaboração e a avaliação de políticas públicas e, por outro lado, propor modelos metodológicos razoavelmente padronizados para o Brasil (RONCALLI, 2006). Aerts, Abegg e Cesa (2004), realçam a importância de organizar um sistema de informação que permita o monitoramento

da situação de saúde bucal e a construção de séries históricas, com vistas à avaliação do impacto das ações desenvolvidas e ao planejamento de políticas.

Em Caratinga, foram realizados vários estudos epidemiológicos ao longo dos 20 anos de desenvolvimento das ações de saúde bucal no município. O município conseguiu, como em todo resto do país, reduzir o índice de cárie para a idade de 12 anos, de um patamar considerado de prevalência muito alta, CPOD 6,6 em 1993, para uma prevalência muito baixa, CPOD 0,87 em 2012, segundo a escala de severidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), (tabela 1).

Tabela 1: Classificação de cárie dentária quanto à prevalência com base nos valores do CPO aos 12 anos de idade

Prevalência de cárie	CPOD
Muito baixa	0,0 a 1,1
Baixa	1,2 a 2,6
Intermediária	2,7 a 4,4
Alta	4,5 a 6,5
Muito Alta	> 6,5

Fonte: Informe Técnico 20, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (1995).

Ainda que o município tenha demonstrado um bom desempenho na redução do índice ceo-d aos 5 anos, apenas 61% dessas crianças estão livres de cárie, um patamar de experiência da doença muito aquém da meta da OMS para o ano de 2010, que seria 90% e da meta para 2020 que preconiza 100% das crianças livres de cárie. Os dois últimos inquéritos epidemiológicos realizados pelo município em 2010 e 2012 levantaram dados de ataque de cárie em uma criança caratinguense de 5 anos: em 2010 a média foi 2,18 e em 2012 a média de ataque ficou em 1,41 dentes cariados. O estudo SB Brasil reportou em 2003 uma prevalência de 2,8 dentes cariados e em 2010 a média baixou para 2,43 nessa idade (SB Brasil, 2010).

O município ainda se depara com um índice de cárie elevado em adultos e idosos, CPOD 13,0 na faixa etária 35 a 44 anos e 25,2 para idosos de 65 a 74 anos. Resultados dos últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (Brasil, 1986,1996, 2003 e 2010) indicam que a perda precoce de elementos dentais é

grave, constituindo em um persistente problema de saúde pública (BRASIL, 2008). Em Caratinga existe um índice considerável de adultos jovens e idosos edêntulos.

Este estudo visa discorrer sobre a série histórica construída em Caratinga e analisar as políticas públicas de saúde bucal para a organização e planejamento das ações em saúde bucal no município de Caratinga.

2 JUSTIFICATIVA

Os Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal permitem a comparação de medidas de frequência entre os aglomerados populacionais, bem como avaliar as ações de intervenção. Caratinga realizou em 20 anos de implantação do Programa de Saúde Bucal 13 levantamentos epidemiológicos, que poderiam possibilitar a organização das ações em saúde bucal, visando ao alcance das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O conhecimento da situação epidemiológica na população torna-se essencial para o planejamento e execução de serviços odontológicos, constituindo-se no caminho adequado de equacionamento dos problemas relacionados ao processo saúde-doença de cada comunidade (PINTO, 2000).

Os estudos epidemiológicos, realizados pelo município, servirão de base para o desenvolvimento dos projetos, implantação dos protocolos clínicos, estabelecimento dos processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) das Estratégias Saúde da Família (ESF), das Equipes Convencionais da atenção primária alocadas no Centro Odontológico (COM) e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses projetos e protocolos serão desenvolvidos com a participação de toda a equipe do Departamento de Saúde Bucal (DSB) visando ao alcance das metas propostas pela OMS, melhorar o acesso aos serviços para a população adulta e diminuir o edêntulismo em adultos jovens e idosos em longo prazo.

O problema priorizado foi levantado durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) no desenvolvimento das atividades do módulo de Planejamento das ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). É considerado um problema comum a todo o município de Caratinga, consistindo em um índice ceo-d (número de dentes decíduos cariados, com indicação de extração e obturados) considerado baixo (1,41), mas com uma alta porcentagem de crianças de 5 anos afetadas pela doença, constatado tanto pelos exames epidemiológicos efetuados pelo Departamento de Saúde Bucal (DSB) do município, quanto pela observação ativa, quando da realização do diagnóstico situacional, que foi realizado por meio do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido por Carlos Matus (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a realização do diagnóstico situacional, utilizou-se o método da estimativa rápida, onde, além do problema priorizado, foi identificado também um alto índice de adultos e idosos edêntulos.

Para o enfrentamento do problema priorizado e suas consequências nas populações das demais faixas etárias, serão desenvolvidos projetos e protocolos por toda a equipe do DSB, visando ao alcance das metas propostas pela OMS, a melhoria do acesso aos serviços para a população adulta e diminuir o edentulismo em adultos e idosos em longo prazo.

Está, assim, plenamente justificado o presente trabalho com a proposta de um plano de ação que será desenvolvido por todas as equipes da atenção básica em saúde bucal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção para a reorganização em saúde bucal, articulando ações e conhecimento epidemiológico adquirido, através das séries históricas dos levantamentos epidemiológicos do Departamento Odontológico de Caratinga.

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar os dados dos Levantamentos Epidemiológicos existentes em Caratinga com os dados nacionais;
- Conhecer as necessidades de tratamento das condições avaliadas e investigadas ao longo do tempo;
- Analisar a estrutura instalada da rede de Atenção Básica de Caratinga levando-se em consideração o número de profissionais e equipamentos odontológicos disponíveis para atender às necessidades da população;
- Discutir a situação atual da atenção em Saúde Bucal ofertada no município;
- Propor projetos que contemplem as necessidades levantadas pelos estudos, para subsidiar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) das Estratégias Saúde da Família (ESF) e convencionais que atuam na atenção primária, na reformulação do processo de trabalho e no planejamento das ações;
- Propor a implantação de protocolos clínicos que uniformizem as ações das equipes, baseados na situação de saúde levantada pelos estudos epidemiológicos;
- Propor a ampliação do acesso da população adulta aos serviços de saúde bucal;
- Subsidiar, indiretamente, a avaliação das ações realizadas pelo serviço de saúde bucal de Caratinga.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho partiu do contexto de Caratinga–MG, da situação da saúde bucal praticada no município, das características de prestação dos serviços e da série epidemiológica construída em 20 anos de desenvolvimento do programa de saúde bucal.

O plano operativo foi desenvolvido durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e servirá de base para a proposta de planejamento, reorganização e avaliação das atividades de saúde bucal, que estão em vias de construção por todos os atores sociais envolvidos com os serviços de saúde do município: profissionais das ESF, gestores e a população para a qual será proposto o projeto.

Foram utilizados os dados da Biblioteca Virtual de Saúde nas bases Lilacs e Scielo. Os descritores utilizados foram: Epidemiologia, Levantamentos Epidemiológicos; Saúde bucal; Saúde da Família; Planejamento em saúde. Foram consultadas também as publicações oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, textos – módulos do CEABSF, textos da Biblioteca virtual do Núcleo de educação em Saúde Coletiva (NESCON) e os dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Para iniciar a revisão de literatura é necessário pontuar a fundamentação utilizada para o embasamento teórico do trabalho, além de apontar as características particulares do município para onde o plano foi proposto.

5.1 Epidemiologia: Ferramenta para a Reorganização das Ações

Segundo a OMS, os levantamentos básicos de saúde bucal fornecem uma base importante para a estimação do estado atual da saúde bucal de uma população e suas necessidades futuras de cuidados de saúde bucal. Eles produzem dados básicos confiáveis para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais de saúde bucal e para o planejamento do número e do tipo apropriado de pessoal (OMS, 1999).

Portanto, a epidemiologia é uma ferramenta poderosa para o planejamento e monitoramento do processo saúde/doença, sendo essencial para deflagrar as ações de qualquer programa odontológico que pretenda contemplar a prevenção, reabilitação e promoção da saúde.

A especificidade da epidemiologia, como visto anteriormente, é contribuir para o controle dos problemas de saúde encontrados em uma população, conhecendo melhor a situação, seus determinantes e quais serão as melhores ações para a prevenção e reabilitação propostas pelos planejadores, que fundamentarão cientificamente suas ações de intervenção a serem implementadas no enfrentamento da situação encontrada. Segundo Roncalli (2006), na saúde coletiva, portanto são diversas as oportunidades de aplicar o conhecimento epidemiológico, principalmente quando articulamos tal conhecimento ao planejamento e avaliação das ações em saúde.

Conhecer a epidemiologia das doenças bucais que afetam uma população específica torna-se, então, essencial para deflagrar e planejar ações. Junqueira, Frias e Zilbovicius (2004, p. 86) advertem que:

Os processos de implantação, construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos seus diferentes níveis de gestão, devem ser subsidiados pelo diagnóstico de saúde coletiva, o que inclui a análise de medidas demográficas, epidemiológicas e de indicadores de serviços de saúde. A epidemiologia, ao descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde da população, fornece dados essenciais para o planejamento, a organização e a avaliação das ações em saúde. Ter um sistema de informação confiável é fundamental para subsidiar as decisões no estabelecimento de prioridades e para o melhor uso de recursos físicos, humanos e financeiros. A intervenção nas outras variáveis do processo saúde-doença deve ser prevista para que ocorra uma efetiva mudança no quadro epidemiológico dos indicadores de saúde o que refletirá, dessa forma, na melhoria da qualidade de vida na população.

Vários modelos assistenciais em saúde bucal fizeram parte da história das políticas e organização dos serviços de saúde bucal no Brasil. Dentre eles a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e Sistema Integral (PALMIER, et al., 2008). Apesar dos vários modelos de atenção sempre predominou a atenção voltada para crianças, centralizando a dentição permanente de escolares entre 7 e 14 anos de idade. Para as demais faixas etárias, entretanto, os programas se restringiam às exodontias e atendimentos de urgências, quase sempre mutiladores.

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal são estudos do tipo transversal e se caracterizam pela observação direta dos indivíduos, em um determinado tempo e local. Os indivíduos que participam do inquérito fazem parte de uma amostra aleatória da população para a qual o estudo foi desenvolvido.

Narvai et al. (2010) observaram que o objetivo de muitos estudos epidemiológicos de base populacional é produzir uma “fotografia” da situação. Os autores concluíram que é necessário enfrentar e superar o desafio de desenvolver a competência brasileira nesse tipo de investigação, inserindo-a nas práticas de vigilância em saúde. Assim, o conhecimento da epidemiologia é imprescindível para se determinar o planejamento das ações dos serviços odontológicos.

Podemos expressar a doença cárie através do estudo da severidade das lesões e medi-la por índices como o CPO-D (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e o ceo-d (número de dentes decíduos cariados, com indicação de extração e obturados).

O Ministério da Saúde realizou o 1º Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional em 1986. Foram pesquisados, então, dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese. As faixas etárias contempladas nesse estudo foram de 6-12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 50-59 anos.

Segundo Palmier et al. (2008), foi um estudo de grande relevância por ter sido a primeira oportunidade de conhecer os dados de saúde - doença da população brasileira e por ter demonstrado um forte impacto social sobre a saúde bucal, com o estrato populacional no patamar de renda igual ou superior a 5 salários mínimos apresentando melhores condições de saúde.

Dez anos depois, o MS realizou em 1996, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Conselho Federal de Odontologia (CFO), o segundo estudo de porte nacional. Neste estudo, pesquisaram-se apenas dados sobre a cárie dentária na faixa etária 6 -12 anos, objetivando a construção de um referencial para as ações de prevenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (PALMIER *et al.*, 2008).

Em 2003, foi realizado aquele que é considerado o mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal, o SB-Brasil 2003. Pela primeira vez contemplaram-se outros municípios além das capitais de estados. Pela primeira vez levantaram-se os agravos mais importantes da área de saúde bucal, além da cárie dentária foram também pesquisados os dados sobre fluorose, doença periodontal, oclusopatias e edêntulismo. O declínio da cárie foi confirmado em populações mais jovens e também a iniquidade em saúde (PALMIER *et al.*, 2008).

Em 2010, sete anos após o lançamento do Programa Brasil Sorridente, realizou-se o quarto estudo epidemiológico em saúde bucal em nível nacional. A cárie dentária continua a ser a patologia que mais acomete a cavidade bucal. Não obstante, a percepção de uma melhoria significativa na realidade apurada, o acesso aos serviços e a iniquidade em saúde ficou mais uma vez evidenciada. Foi demonstrado um declínio consistente da doença, mas ainda permanecem índices mais elevados nas regiões mais pobres do Brasil, as regiões Norte e Nordeste do país.

Os estudos epidemiológicos, como assinalado acima, são importantes oportunidades para a análise do processo saúde-doença populacionais, além de serem fundamentais para sua compreensão e para a implantação de políticas e ações mais resolutivas. Para que se possa analisar, avaliar, monitorar e, então, intervir com base na evidência levantada pelos estudos, torna-se necessária à estruturação de ações de vigilância em saúde bucal.

Apesar de ter uma tradição em estudos epidemiológicos, Caratinga não possui uma ação estruturada do componente da vigilância à saúde bucal

incorporada na política de saúde bucal, nem tampouco nas ações de vigilância à saúde do município. Raríssimas ações foram deflagradas a partir dos estudos epidemiológicos realizados no município. Torna-se imperativo constituir um marco teórico com base no campo das vigilâncias e estabelecer as interfaces para construir um modelo de vigilância à saúde bucal integrada à política vigente de vigilância à saúde (GOES et al., 2012, p. 6). Os autores realçam que:

Em dezembro de 2006, foi instituído pela Portaria SAS/MS nº 939/2006, o comitê nacional com várias prerrogativas, dentre as quais podemos destacar no seu Art. 4: Assessorar a Área Técnica de Saúde Bucal – DAB/SAS/MS no estabelecimento de diretrizes e definição de estratégias de atuação na área de vigilância em Saúde Bucal, tendo em conta as características epidemiológicas e de organização de serviços das esferas federal, estadual e municipal de saúde; Propor critérios para validação dos dados dos sistemas de informações do SUS, bem como estratégias para institucionalização do monitoramento e vigilância em saúde bucal (GOES, 2012, p. 6).

Considerando-se que a inclusão das ESB nas estratégias de saúde da família tornou-se necessária para a organização do processo de trabalho no contexto do SUS, baseados no princípio constitucional da integralidade e partindo-se do princípio que um dos pressupostos do Programa Brasil Sorridente do MS é centrar a atuação na Vigilância à Saúde, assegurada por meio das ações de promoção, prevenção e recuperação, faz-se mister organizar os serviços com uma nova roupagem que desfaça os antigos modelos assistenciais em saúde bucal, excludentes e mutilatórios, principalmente no que se refere a adultos e idosos. Nesse contexto, tornam-se essenciais as ações de vigilância à saúde, para garantir o suporte científico e eficaz às ações deflagradas pelo DSB do município. Aerts, Abegg e Cesa (2004) citam que dentre as ações de vigilância, algumas são direcionadas para objetos que estão inseridos no âmbito da saúde bucal:

No que se refere ao Vigisus, observa-se um esforço para a articulação das práticas da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, sob a designação de vigilância em saúde. Muitas das ações resultantes da articulação dessas três vigilâncias direcionam-se para objetos que são de conhecimento do cirurgião-dentista, entre elas, como exemplo, a vigilância de serviços odontológicos e a vigilância da qualidade da água (AERTS, ABEGG; CESA, 2004, p.132).

Em Caratinga, observa-se a concretização parcial destes dois momentos: a vigilância de serviços odontológicos, através de inquéritos epidemiológicos e a vigilância da qualidade da água, principalmente em relação ao heterocontrole que é realizado desde 1996, com as amostras de água, colhidas em diversos locais do município, obedecendo rigorosamente às técnicas de coleta e enviadas para o Laboratório de Bioquímica Oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, onde é realizada a análise, apresentando aproximadamente 88 % de adequação em 2008, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Heterocontrole do Flúor na água de Caratinga/MG (2008)

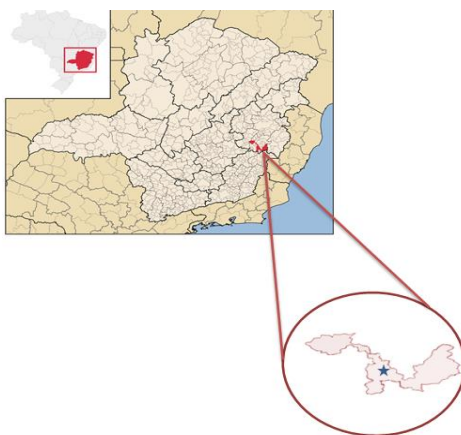
Heterocontrole da água do município de Caratinga					
Ano	Total de amostras	Amostras Perdidas	Amostras Adequadas	Amostras Abaixo de 0,6 ppm	Amostras Acima de 0,8 ppm
1996	52	1 (1,92%)	20 (38,46%)	21 (40,38%)	10 (19,23%)
1997	49	0	38 (77,55%)	3 (6,12)	8 (16,33%)
1998	42	0	27 (64,29%)	6 (14,28%)	9 (21,43)
1999	84	1 (1,19%)	57 (67,86)	20 (23,80%)	6 (7,14%)
2000	56	2 (3,57%)	24 (42,86%)	11 (19,64%)	19 (33,93%)
2001	91	0	65 (71,43%)	3 (3,30%)	23 (25,27%)
2002	82	0	36 (44%)	0	46 (56%)
2003	80	0	35 (43,75)	0	45 (56,25%)
2004	72	0	24 (33,33%)	3 (4,17%)	45 (62,50%)
2005	66	0	9 (13,63%)	6 (9,10%)	51 (77,27%)
2006	56	0	18 (32,14%)	1 (1,78%)	37 (66,07%)
2007	48	0	37 (77,08%)	0	11 (22,91%)
2008	32	0	28 (87,50%)	0	4 (12,5%)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2008).

5.2 Caracterização do Município

É relevante para o estudo em questão, pontuar as particularidades do município e assim contextualizar melhor o problema priorizado.

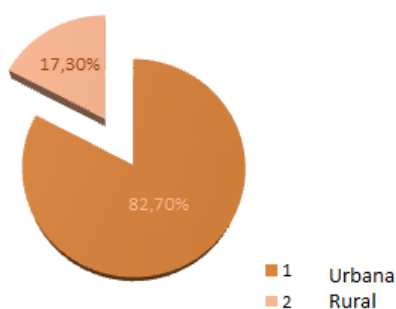
Figura 1 - Mapa do Município de Caratinga



Fonte: Caratinga (2008). Modificado de: pt.wikipedia.org.

O Município de Caratinga está situado ao leste do Estado de Minas Gerais. Dista, aproximadamente, 310 km da capital Belo Horizonte e possui uma área de 1258,778 Km². Sua população está estimada em 85.239 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 (IBGE,2013), distribuídos atualmente, entre a sede e os 10 distritos do município. 82,70% da população reside na zona urbana e o restante, 17,30%, reside na zona rural do município, conforme o gráfico 1:

Gráfico 1: Distribuição da População: Urbana e Rural



Fonte: IBGE (2013).

Caratinga está habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal. Alcançou a condição pela portaria ministerial n 394/2000 de 12 de abril de 2000, assumindo as prerrogativas e as responsabilidades de ações de assistência à saúde, vigilância sanitária e controle de endemias, epidemiologia e promoção da saúde, bem como controle e avaliação e auditoria dos serviços no município.

5.3 Saúde Bucal em Caratinga

Para se pensar em planejar ações em saúde bucal, devemos ter conhecimento do modelo praticado e do contexto em que ele está inserido.

Até 1993, a situação da saúde bucal no município de Caratinga se resumia às ações curativas desenvolvidas por quatro (4) cirurgiões dentistas (CD) dos quais, dois eram vinculados ao estado e os outros dois ao município, e duas auxiliares de saúde bucal (ASB), que possuíam vínculos estadual e federal.

As ações curativas eram realizadas em dois consultórios da Fundação de Serviços especiais de saúde pública (FSesp), instalados nas Escolas Estaduais Princesa Isabel e Engenheiro Caldas. As ações preventivas eram realizadas periodicamente pela FSesp em algumas escolas do município.

Em 1993 foi criado o Departamento de Saúde Bucal e implantado o Programa de Saúde Bucal. O quadro de funcionários foi ampliado, sendo então contratados 24 CD e 42 ASB.

Seguindo as normas técnicas do estado de Minas Gerais da federação e da OMS, realizou-se o primeiro levantamento epidemiológico, no qual foi demonstrado o alto índice de cárie no município com o índice CPO-D, apontando o valor 6,6, considerado de prevalência muito alta, segundo a escala de severidade da OMS para a idade 12 anos (SILVA,1995).

De acordo com Motta (2010), a partir daí, implementaram-se medidas de prevenção, promoção e restauração da saúde bucal nos escolares de rede pública de ensino.

A autora descreve as atividades de caráter preventivo desenvolvidas pelo município como educação para saúde, bochechos fluorados, escovações supervisionadas e aplicação tópica de flúor. Os procedimentos curativos e restauradores eram direcionados para os consultórios odontológicos municipais (MOTTA, 2010).

Em outubro de 2003, três Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram integradas às equipes Estratégias Saúde da Família (ESF) e as ações foram inicialmente orientadas para o atendimento dos escolares e das demandas clínicas espontâneas dos usuários.

Em 2004 e 2006, foram realizados os Estudos Epidemiológicos norteadores das ações nas comunidades cobertas. As atividades realizadas eram então equivalentes, observando-se, porém, as peculiaridades de cada comunidade nas quais as equipes estavam inseridas. Após a realização dos estudos epidemiológicos, foram organizadas as ações com implantação de demandas programáticas, seguindo duas estratégias básicas:

- Promoção e prevenção da saúde por meio das ações coletivas na comunidade (escolas, creches e instituições) e em grupos na unidade de saúde (educação em saúde e prevenção).
- Ações individuais - prevenção e tratamento odontológico.

Atualmente, a rede de serviços em saúde bucal do município, está assim estruturada: Caratinga possui 15 ESB implantadas nas ESF, que são em número de 24. Destas ESB, treze estão alocadas na sede do município, atuando na modalidade II, com um CD, uma TSB e uma ASB integrando a equipe. As outras duas equipes estão situadas na área rural do município e atuam na modalidade I, possuindo um CD e uma ASB. O município conta ainda com 9 equipes convencionais para o atendimento da atenção primária.

Na atenção secundária, o município possui um CEO tipo II, com serviços ofertados em Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e Estomatologia. Existem também atendimentos em Odontopediatria. A demanda para especialidades é grande, gerando um tempo de espera variável dependendo da especialidade requerida.

O atendimento a pacientes com necessidades especiais (PNE) é realizado por dois profissionais, sendo que um deles atua nas dependências da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Na atenção terciária, o município tem um fluxo apenas regular, com as ações pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a capital Belo Horizonte e outros pólos de referência.

Partindo do conceito de rede de atenção, Caratinga não possui uma rede ideal. O sistema de Caratinga oscila, ora atendendo à demanda espontânea, mas sem oferecer um acesso de qualidade, resolutividade e em tempo oportuno, ora funciona como uma rede ideal, respeitando um fluxo hierárquico de complexidade.

De acordo com Santos e Andrade (2011), a rede de atenção em saúde deveria ter a finalidade de otimizar a eficiência e a racionalidade dos serviços que além de melhorar o acesso, ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa. A autora conceitua assim a rede de serviços:

[...] é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária (SANTOS e ANDRADE, 2011, p. 1675).

5.4 Série Histórica de Estudos Epidemiológicos de Caratinga

O município de Caratinga realizou ao longo de 20 anos de serviços em saúde bucal, 13 inquéritos epidemiológicos. Em grande parte desses levantamentos foram analisadas as principais doenças bucais. No presente estudo nos reportaremos apenas à cárie dentária que contempla o problema observado e levantado quando da realização do diagnóstico situacional.

Alguns estudos foram realizados com uma diferença de apenas um ano entre eles (1995, 1996, 1997, 1998, 2000) e a maioria apresentou uma frequência bianual (1993 e de 2002 a 2010), conforme determinação da Secretaria Estadual de Saúde - MG (SES-MG).

Até o ano de 1999, seguindo os parâmetros traçados pela SES/MG, apenas eram levantados os dados das idades 6 a 14 anos, repetindo aqui o modelo de exclusão adotado pelos serviços de saúde bucal proposto. A partir da implantação das ESB nas ESF em 2003, os inquéritos realizados em 2004 passaram a levantar também dados para as populações adultas e idosas.

Na tabela 3, está representada a evolução dos índices ceo-d e CPO-D. As idades e faixas etárias representadas serão as de interesse para o estudo em questão 5 anos, 35- 44 anos, 65 – 74 anos, além da idade de 12 anos, por ser idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença (OMS, 1999).

Tabela 3: Evolução dos índices ceo-d e CPO-D de 1993 a 2012, Caratinga (2012)

Índice	Ano	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
ceo-d 5 anos		x	x	x	x	x	x	3,00	3,26	2,00	3,04	2,72	2,18	1,41
CPO-D 12 anos		6,6	3,3	3,5	3,1	2,6	2,0	2,5	3,4	1,6	1,77	1,24	1,12	0,87
CPO-D 35-44 anos		x	x	x	x	x	x	x	x	18,58	19,24	18,61	13,98	13,0
CPO-D 65-74 anos		x	x	x	x	x	x	x	x	29,86	29,91	28,46	25,42	25,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

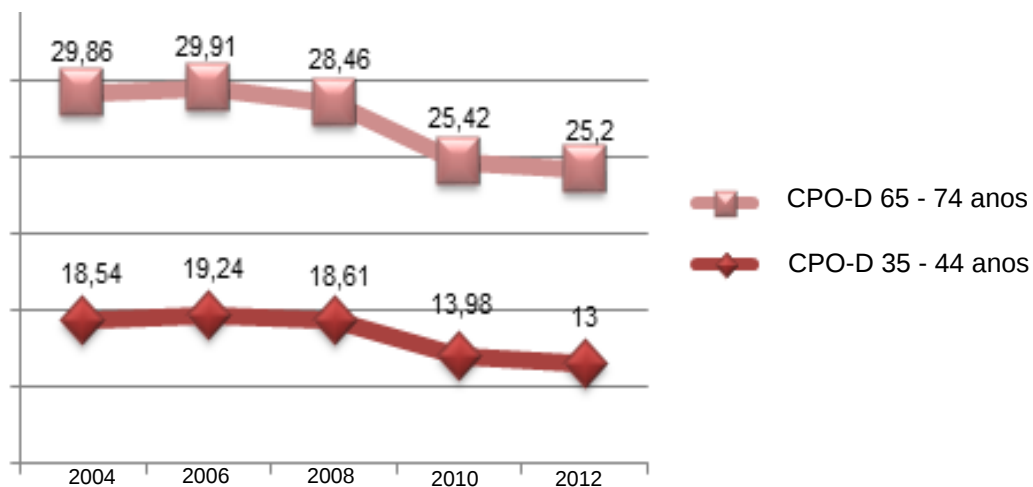
Os gráficos 2 e 3 representam as evoluções dos índices ceo-d e CPO-D da idade 5 anos e das faixas etárias 35 - 44 anos e 65 - 74 anos.

Gráfico 2: Índice ceo-d aos 5 anos, 2000 a 2012, Caratinga (2013).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

Gráfico 3: Índice CPO-D faixas etárias 35 - 44 anos e 65 - 74 anos, 2004 a 2012, Caratinga, 2012.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

Pode-se observar uma queda considerável no índice ceo-d, mas os adultos apresentaram uma prevalência de cárie muito alta e de queda bastante lenta.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Planejar é um ato que precede qualquer ação estratégica para a intervenção.

É importante salientar que em todo planejamento deve-se considerar e ouvir todos os atores sociais. Deve-se, pois, avaliar, tanto as propostas dos especialistas, como também os diferentes pontos de vistas dos políticos que, para a realização de seus projetos, captam a realidade das comunidades, sendo de suma importância a participação da própria comunidade que sofre com os problemas que o planejamento busca solucionar (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), ou seja, planejar junto com a comunidade, ultrapassando uma postura de o que deve ser, assumindo uma postura de diálogo com os diversos atores sociais envolvidos, para então chegar às possibilidades do que poderá ser feito e a vontade comum a todos de fazê-lo.

Definir uma situação como problema deve ser a atitude de um ator que esteja disposto e seja capaz de enfrentá-lo. O problema elevada porcentagem de crianças da faixa etária de 0 a 5 anos com experiência de cárie, foi observado ativamente por ocasião do Diagnóstico Situacional, realizado como atividade do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do curso CEABSF. Além da observação ativa, o problema já havia sido detectado pelos Inquéritos Epidemiológicos realizados pelo DSB e nos exames para o levantamento de necessidades de tratamento e visitas domiciliares realizados pelas ESB do município.

Em Caratinga, como dito anteriormente, apenas 61% das crianças de 5 anos, estão livres de cárie, longe do alcance da meta que foi proposta pela OMS para 2010 e 2020 (tabela 4):

Tabela 4: Comparativo das metas propostas pela OMS e percentual de crianças livre de cárie em Caratinga (2012).

Idade	5 anos
Metas OMS ano 2000	50% livre de cárie
Meta OMS ano 2010	90% livre de cárie
Meta OMS ano 2020	100% livre de cárie
Caratinga 2012	61% sem cárie

Fonte: Autoria Própria (2013).

Decidiu-se priorizar o problema elevado índice de crianças de 5 anos com experiência de cárie devido à manutenção da saúde na dentição decídua estar fortemente ligada à saúde da dentição permanente e, a longo prazo, visar à possibilidade de evitar o edêntulismo das populações adultas e idosas.

Tendo sido identificado o problema e observadas as sugestões de todos os atores envolvidos para o subsídio de estratégias e ações para seu enfrentamento, sugeriu-se a participação de todos os profissionais das ESF na gestão dos trabalhos, eliminando a apatia, favorecendo a união da equipe multidisciplinar e restituindo a cada um seu papel na responsabilização das etapas do plano, para que valores individuais sejam legitimamente reconhecidos e resolutivamente utilizados.

6.1 Como o Problema foi Priorizado?

Identificar as causas é fundamental para o enfrentamento do problema priorizado. Através da análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar” (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p. 63).

Para se chegar à priorização deste problema foram considerados os seguintes pontos:

- Análise dos Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal e dos exames das necessidades de tratamento em crianças de 0 a 5 anos;
- A importância da dentição decídua para a manutenção da saúde bucal na dentição permanente;
- A reversão da situação encontrada: apenas 61% das crianças de 5 anos livres de cárie;
- O alcance da meta proposta pela OMS para 2020: 100% das crianças da faixa etária 5 anos livres de cárie, como estratégia de longo prazo: objetivo comum de todas as equipes de saúde bucal de Caratinga;
- Prevenção e promoção de saúde bucal para evitar o edentulismo nas idades adulta e idosa em longo.

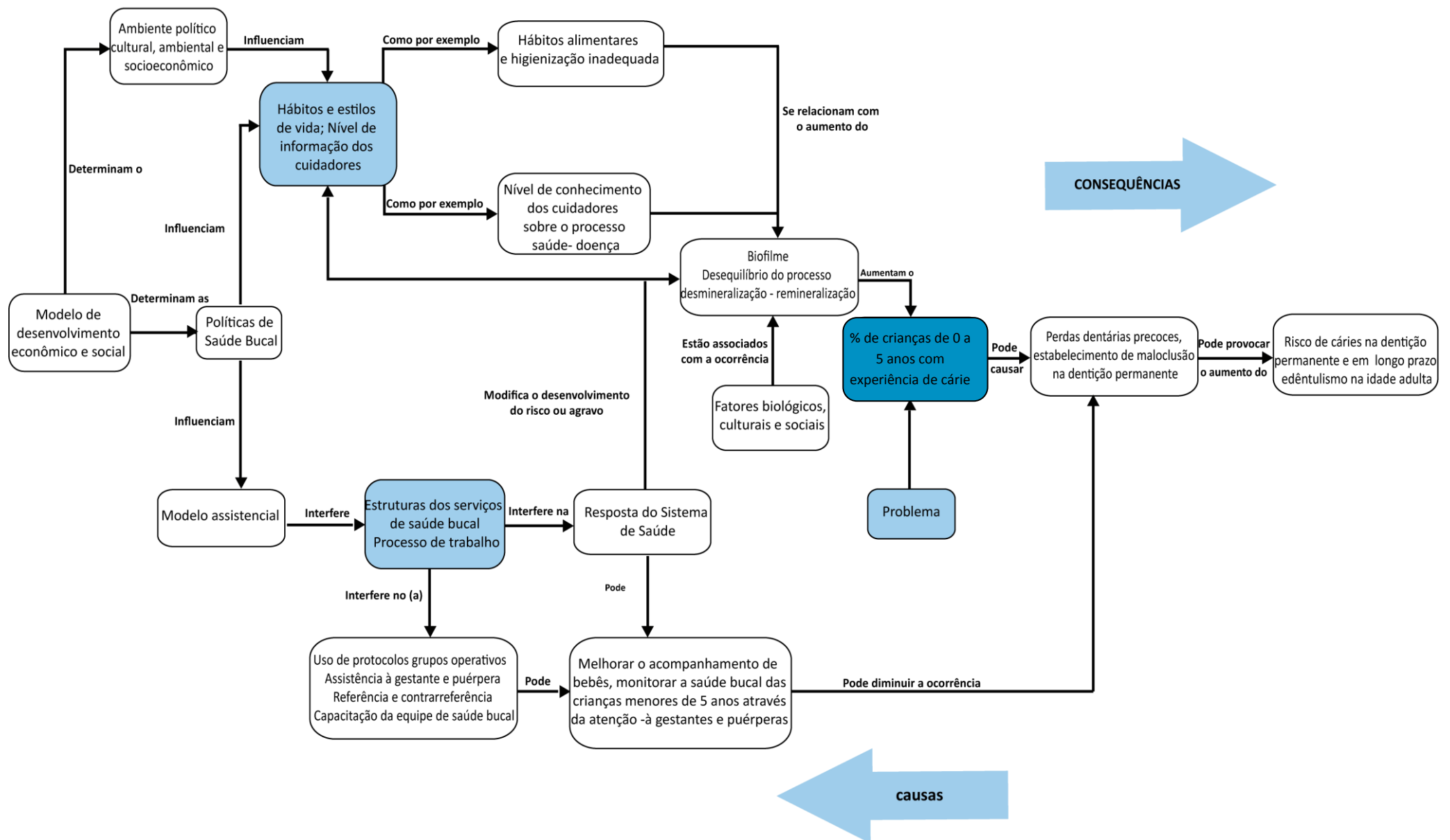
A árvore explicativa do problema é extremamente importante, pois permite aos atores sociais envolvidos uma visualização integrada da gênese do

problema, quando o esclarece e mostra as possíveis causas geradoras do mesmo, facilitando a construção de operações para enfrentá-lo.

Com a árvore explicativa desenhada, tem-se maior propriedade sobre o problema a ser enfrentado, como também sobre as causas que potencialmente estão influenciando para agravar a situação encontrada.

No quadro 1, está desenhada a árvore explicativa do problema priorizado, elevado percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie.

Quadro 1: Árvore explicativa do problema “Alto Percentual de Crianças de 5 Anos com Experiência de Cárie”



Fonte: Autoria Própria (2011).

6.2 Descrição e Caracterização do Problema

“Descrever um problema é caracterizá-lo para se ter uma ideia de sua dimensão e de como ele se apresenta em uma determinada realidade” (CAMPOS; FARIA e SANTOS 2010).

O município de Caratinga visa ao alcance da meta da OMS proposta para o ano 2020: todas as crianças da faixa etária 5 anos livres de cárie. Para tanto estabeleceu-se que todas as unidades que possuam ESB trabalhem com o ciclo de vida 0 a 5 anos, gestantes e puérperas visando ao declínio do índice ceo-d que, segundo o levantamento realizado em 2012 pelo DSB de Caratinga em 2012, foi de 1,41 considerado baixo pela OMS, mas 39% dessas crianças apresentaram experiência de cárie.

Levando-se em consideração a importância da dentição decídua para a manutenção da saúde bucal na dentição permanente e em longo prazo tentar evitar o edêntulismo nas populações adulta e idosa, torna-se necessário voltar o olhar para a prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal desde a mais tenra idade.

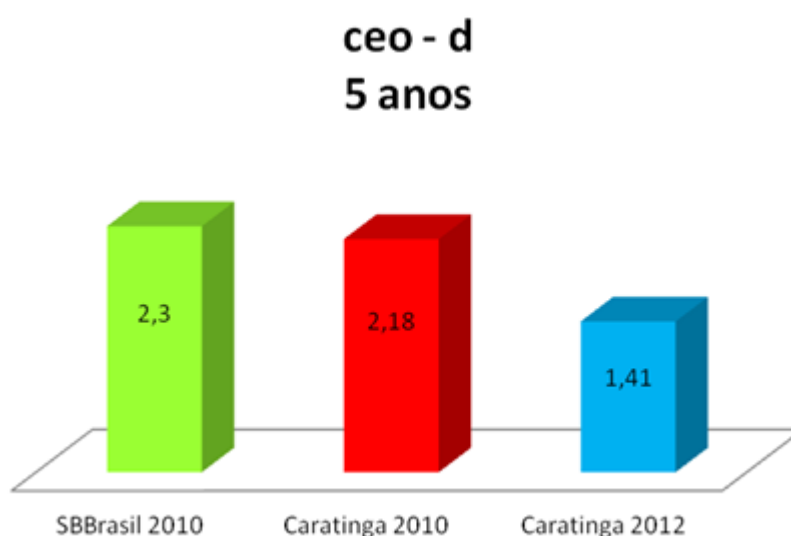
O município realiza procedimentos coletivos, com atividades de bochechos fluorados, escovações supervisionadas e promoção da saúde desde o início do programa de saúde bucal em 1993, atingindo um número de aproximadamente 20 mil crianças e adolescentes. O espaço escolar é o mais importante local de desenvolvimento de promoção e prevenção em saúde bucal, mas as crianças caratinguenses iniciam seus estudos na rede pública de ensino aos 4 anos, ficando até esta idade sob a influência familiar, que é a responsável pela implantação de hábitos de higiene, sendo que a grande maioria das mães exercem papel de protagonistas na orientação das crianças (PINTO, 2000).

As crianças do município de Caratinga de cinco anos, examinadas pelo DSB da Prefeitura Municipal de Caratinga (PMC), apresentaram uma experiência de cárie média de 1,41, apontada pelo índice ceo-d, com predomínio do componente cariado, que é responsável por 74,19% do índice. Esse valor está aquém do patamar levantado pelo estudo SB-Brasil 2010 que ficou em torno de 80%%. Apenas 61% das crianças de 5 anos de Caratinga estão livres de cárie, ficando muito aquém da meta estabelecida pela OMS para 2010 que preconizava 90% das crianças de 5 anos livres de cárie e da meta para 2020 proposta pela organização de que 100% dessas crianças estejam livres de cárie.

Observa-se que o município tem conseguido manter um declínio da doença nessas crianças, mas não conseguiu atingir as metas propostas pela OMS.

No gráfico abaixo, pode-se avaliar a comparação realizada pelo DSB de Caratinga, pertinente ao último estudo epidemiológico do município e os dados do estudo SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010).

Gráfico 4: Comparação entre o índice ceo-d aos 5 anos, Caratinga (2010, 2012) e o estudo SB Brasil (2010)



Fonte: Levantamento Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

Na tabela 5, pode-se avaliar a porcentagem de crianças livres de cárie nos três últimos inquéritos realizados em Caratinga em 2008, 2010 e 2012 e a meta da OMS para os anos de 2010 e 2020.

Tabela 5: Índice ceo-d

Indicador	2008	2010	2012	Meta OMS 2010	Meta OMS 2020
Livres de cárie aos 5 anos	52%	44%	61%	90%	100%

Fonte: Departamento Odontológico - Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

Estudos populacionais com crianças vêm demonstrando declínio na prevalência de cárie dentária, prevendo que o futuro dos idosos brasileiros se apresentará com melhor preservação dos elementos dentários (VARGAS, 2012).

A cárie é a maior responsável pelas perdas dentárias e o edêntulismo se apresenta como um agravo de grande significância nas populações adulta e idosa do país, ligado a um forte componente social. A atual condição de saúde bucal desses agrupamentos etários é definida, em parte, por exposições passadas a fatores de risco (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2012).

Com uma maior expectativa de vida da população há um aumento de idosos todos os anos no município. Possuir dentes em bom estado de conservação ou próteses adaptadas traz um maior aproveitamento nutricional pela garantia da boa mastigação e melhor aproveitamento dos nutrientes contidos nos alimentos. Além disso, ter uma boa aparência eleva a autoestima e mantém o indivíduo inserido na sociedade.

Os problemas que afetam a cavidade oral, consequentemente afetam a saúde geral, tanto de idosos quanto de pessoas fragilizadas fisicamente. O inter-relacionamento de problemas bucais com diversas doenças sistêmicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e problemas gástricos é muito estudado na literatura e amplamente observado na prática clínica com pacientes idosos.

Na tabela 6, está demonstrado o índice CPO-D, da população adulta e idosa do município. Observa-se uma elevação do índice de acordo com o avanço da idade. Pelos valores levantados percebe-se que adultos e idosos, após 20 de ações em saúde bucal, continuam com acesso reduzido aos serviços em saúde bucal ofertados pelo município, acumulando uma demanda reprimida bastante considerável, que faz memória de todos os modelos de assistência em saúde bucal anteriores.

Tabela 6: Índice CPO-D médio nas faixas etárias 35-44 e 65-74 anos de Caratinga (2012).

CPO--D	AMOSTRA	Nº	MD
35 a 44	700	9016	13,0
65 a 74	700	17633	25,2

Fonte: Departamento Odontológico - Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

As perdas dentárias foram um dos problemas bucais levantados no diagnóstico situacional, comum a todo município, com variações influenciadas pela iniquidade em saúde para a população em relação ao edêntulismo que se manifesta

diferentemente, segundo o grupo econômico-social de inserção do indivíduo (PALMIER *et al.*, 2008, p. 9).

Perdas dentárias em adultos e idosos do município são bastante consideráveis, evidenciadas pela alta necessidade e pela prevalência de indivíduos que fazem uso de próteses dentárias. Em Caratinga 22% das pessoas examinadas da faixa etária de 35-44 anos possuem próteses totais ou parciais na arcada superior. Este percentual alcança mais que o triplo na faixa etária 65-74 anos, chegando ao valor 72%.

Na arcada inferior os números são ainda mais expressivos em relação aos idosos, havendo um declínio entre adultos. Na faixa etária de 35-44 anos, 9% apresentaram próteses inferiores e esse valor atinge o patamar de 50% para os idosos.

Quanto à necessidade, os números são também alarmantes pela alta demanda de próteses. Adultos e idosos do município de Caratinga apresentam índices de necessidades de próteses próximos. 39% dos adultos necessitam de próteses superiores e entre os idosos este valor sobe para 44%. Na arcada inferior, os valores apresentam uma elevação, mostrando que 67% dos adultos examinados necessitam de algum tipo de prótese, ocorrendo decréscimo deste número entre os idosos, que apresentaram uma necessidade 58% (tabela 7).

Tabela 7: Uso e necessidade de próteses totais e ou parciais, Caratinga (2010).

35-44 anos	Ano	Usa	%	Não usa	%	Necessita	%	Não necessita	%
Prótese superior	2012	154	22,0	546	78,0	272	39,0	428	61,0
Prótese inferior	2012	66	9,4	634	90,6	470	67,2	230	32,8
65-74 anos	Ano	Usa	%	Não usa	%	Necessita	%	Não necessita	%
Prótese superior	2012	506	72,3	194	27,7	311	44,4	389	55,6
Prótese inferior	2012	353	50,4	347	50	407	58,1	293	41,9

Fonte: Departamento Odontológico - Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga (2012).

6.3 “Nós” Críticos

Na fase de descrição e caracterização do problema: elevado percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie, identifica-se um leque de causas que culminaram no problema priorizado, que foi levantado a partir do diagnóstico situacional realizado por meio do método do PES, desenvolvido por Carlos Matus (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Artmann (2000) conceitua o PES da seguinte maneira:

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação (ARTMANN, 2000, p. 3).

Selecionaram-se como “nós” críticos situações relacionadas com o problema priorizado, onde as equipes têm alguma possibilidade de ação direta e que podem trazer impacto sobre o problema escolhido.

Dentre as causas diretamente relacionadas com o problema priorizado, podemos citar:

- Hábitos e estilos de vida;
- Nível de informação dos cuidadores;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde bucal;
- Pressão social.

A análise sobre a competência dos diferentes atores para o enfrentamento e a resolução desses problemas revelou que esses cinco pontos ou “nós” críticos estão dentro do espaço de governabilidade das ESB, tendo no seu enfrentamento a possibilidade de ser viabilizado pelo planejamento. Estando esses “nós” críticos dentro do espaço de governabilidade das ESB, torna-se mais fácil enfrentar o problema.

6.4 Desenho das Operações

A partir dos “nós” críticos foi desenhado o plano de ação para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Foram mapeadas as operações propostas para cada um dos nós críticos. Essas operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e exigem o requisito de serem eficazes para mudar a realidade encontrada; caso contrário, as metas planejadas podem não ser alcançadas.

Com o problema identificado é necessário avaliar os recursos que serão consumidos para enfrentá-lo. Para tanto é importante observá-lo mais amplamente através dos fatores econômicos, organizacionais, cognitivos e políticos.

É necessária a construção de indicadores de resultados para apoiar o gerenciamento do plano de ação e assim verificar se os resultados objetivados estão sendo atingidos. Tais indicadores servirão para quantificar e qualificar os resultados e também serão fontes para o processo de avaliação. Os critérios, que se utiliza para decidir as ações, serão mais ou menos eficazes se se puder analisar sua eficácia futura.

Os resultados irão impactar positivamente o problema priorizado? Para responder a essa questão deve-se adotar múltiplos critérios de avaliação e decisão.

Campos, Faria e Santos (2010) reportam que nesse momento é fundamental, ter-se claro os produtos e os resultados esperados de nossas operações, pois nos ajudará no monitoramento do nosso plano de ação.

Os recursos consumidos no desenvolvimento do plano são equitativamente importantes para o sucesso das ações. Os produtos e resultados esperados foram também delineados.

A planilha das operações está representada no quadro 2.

Quadro 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Alto percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie”.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e Estilos de vida inadequados	Cárie zero: Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o índice ceo-d no prazo de 2 anos.	Programa de escovação supervisionada; Campanha educativa (rádio); Programa “Merenda saudável” e uso inteligente do açúcar	Organizacional → para organizar as escovações; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na mídia, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Pressão Social	Bem Viver Aumentar a renda das famílias; fomentar a cultura da paz.	Ajudar a comunidade no processo de crescimento e mobilidade social de forma prática e autônoma; diminuição da violência.	Oficinas de geração de rendas; Programa de fomento da cultura da paz/Rede saúde e Paz.	Cognitivo → informação sobre o tema, elaboração de projetos de oficinas de geração de rendas e de enfrentamento da violência; Político → mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e voluntariado para a realização das oficinas. Financeiro → financiamento das oficinas (doações).
Nível de informação dos cuidadores	Trabalhando Saberes Facilitar ações educativas através de: Abordagem individual Atividades grupais	Construção compartilhada do conhecimento sobre o processo saúde–doença bucal e de Práticas de higienização.	Avaliar o nível de conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal; Programa de Saúde na Creche; Campanha educativa na rádio Capacitação de ASB ,TSB e ACS	Cognitivo → Conhecimento sobre o tema, elaboração de projetos de Educação para saúde, estratégias de comunicação e pedagógicas; Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social Organizacional → Organização da agenda e ações.
Estrutura do Serviço de Saúde Bucal	Alegria de Sorrir Melhorar a estrutura do serviço para a captação e atendimento das crianças de 0 a 5 anos e gestantes.	Garantir o atendimento preventivo e curativo para 100% das crianças de 0 a 5 anos; Garantir o acompanhamento de todas as gestantes e puérperas conforme previsto no protocolo de saúde bucal de Caratinga.	Capacitação permanente da equipe de saúde bucal; Compra de insumos odontológicos.	Cognitivo → elaboração do projeto Alegria de Sorrir; Político → decisão de aumentar os recursos para a estruturação do serviço; Financeiro → aumento da oferta de consultas e insumos odontológicos;
Processo de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal	Linha Guia do cuidado Implantar a linha do cuidado das gestantes e crianças de 0 a 5 anos, incluindo mecanismos de referência e contrareferência.	Cobertura de 100% das gestantes que participam do Pré-Natal e 100% das crianças de 0 a 5 anos de médio e alto risco.	Linha Guia do cuidado de gestantes e crianças de 0 a 5 anos implantadas; Protocolo de Saúde bucal implantado; recursos humanos capacitados; compra de insumos odontológicos.	Organizacional → Adequação dos fluxos; Cognitivo → elaboração do projeto da linha guia do cuidado; Político → articulação entre setores da saúde e adesão da equipe de saúde bucal;

Fonte: Autoria Própria (2011).

6.5 Recursos Críticos

Para o desenvolvimento do plano de ação são necessários alguns tipos de recursos. O desenvolvimento do plano, portanto, está vinculado à disponibilidade de determinados recursos (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p. 67).

No quadro 2, foram identificados os recursos críticos de cada operação, que são indispensáveis para a viabilidade do plano. Os recursos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema alto percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie, estão descritos no quadro 3:

Quadro 3: Recursos Críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Cárie Zero	Político → conseguir espaço na rádio; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Bem Viver	Organizacional → mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência; Político → articulação intersetorial e voluntariado para a realização das oficinas; Financeiro → Financiamento das oficinas.
Trabalhando Saberes	Político → articulação intersetorial
Alegria de sorrir	Político → decisão de aumentar os recursos; Financeiro → recursos necessários para o aumento dos insumos odontológicos.
Linha Guia do Cuidado	Político → articulação entre setores da saúde e adesão da equipe de saúde bucal.

Fonte: Autoria Própria (2011).

6.6 Análise da Viabilidade do Plano

Para analisar a viabilidade estratégica do plano deverão ser respondidos alguns questionamentos por parte dos atores sociais envolvidos:

- As operações planejadas atingirão o resultado esperado?
- Que situações não estão dentro do controle da gestão das ESB e que podem interferir nos resultados e como ajustar as operações frente a essa situação?
- Qual o impacto que os resultados podem provocar na gestão política e no problema específico?

Para saber se as operações desenhadas atingirão os resultados esperados, o plano deverá passar por avaliações e constantes adequações. Artmann (2010), afirma que maior ou menor sucesso, dependerá, além das variáveis não controláveis do cenário, da definição das responsabilidades e dispositivos de avaliação sistemática, da competência comunicativa e da flexibilidade frente às mudanças que se julgarem necessárias, ou seja, a todo o momento deve-se revisar a situação, a evolução dos problemas e suas explicações e repensar nossas intervenções e ações para viabilizá-las, assim como a implementação e avaliação dos resultados práticos (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

A viabilidade do plano de ação depende de recursos que não são controlados pela equipe de saúde bucal e que podem interferir nos resultados, sendo necessária a identificação de cada um dos atores que os controlam, definindo seu posicionamento em relação ao problema para então definir as ações. Ações estratégicas são necessárias para adequar as operações frente a cada situação que está situada fora do controle da gestão das ESB, motivando o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Para avaliar o impacto dos resultados, deve-se manter a vigilância sobre a saúde bucal, reavaliando e adequando as estratégias de acordo com os resultados alcançados.

Para analisar a viabilidade do plano operativo para o problema priorizado, foram descritas as operações desenhadas, os recursos exigidos, a definição da governabilidade desses recursos e as ações estratégicas necessárias para ajustar cada operação à situação encontrada (quadro 4).

Quadro 4: Análise da Viabilidade do Plano

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Cárie Zero: Modificar hábitos e estilos de vida.	Político → conseguir espaço na rádio e jornais; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de Comunicação Social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Bem Viver Aumentar a renda das famílias; fomentar a cultura da paz.	Político → mobilização social em torno das questões, Financeiro → financiamento das oficinas (doações). Político → articulação intersetorial	Comunidade Ministério da Ação Social Secretários de Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Cultura, Esportes, Lazer e Juventude, Planejamento, ONGs, Sociedade civil, Defesa Social, Judiciário	Favorável Indiferente Algumas instituições são bastante favoráveis e outras são indiferentes	Apresentar o projeto Apoio da comunidade Apresentar o projeto Apoio da comunidade
Trabalhando Saberes Facilitar ações educativas através de: Abordagem individual, atividades grupais.	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social	Secretaria de Educação	Favorável	
Alegria de Sorrir Melhorar a estrutura do serviço para a captação e atendimento das crianças de 0 a 5 anos e gestantes.	Político → decisão de aumentar os recursos para a estruturação do serviço; Financeiro → aumento da oferta de consultas e insumos odontológicos;	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de reestruturação da rede
Linha Guia do Cuidado Implantar a linha do cuidado das gestantes e crianças de 0 a 5 anos, incluindo mecanismos de referência e contrareferência.	Político → articulação entre setores da saúde e adesão da equipe de saúde bucal;	Secretário Municipal de Saúde Diretora do Departamento Odontológico	Favorável Favorável	

Fonte: Autoria Própria (2011).

6.7 Plano Operativo

O plano operativo tem como objetivo apresentar as estratégias que serão utilizadas para o enfrentamento do problema priorizado.

A partir da identificação do problema “Elevado percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie dental no município de Caratinga”, e tomando-se como base a revisão de literatura, será descrito o plano de ação a ser implantado pelas ESB do município.

A finalidade deste passo é a responsabilização de cada ator social pelas operações e o estabelecimento de prazos para o cumprimento destas. O responsável por cada operação fará o acompanhamento da execução de todas as ações definidas, garantindo que todas as ações sejam executadas de forma harmoniosa, coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto.

A operacionalização deste plano será norteada pela articulação intra e intersetorial de vários segmentos municipais. As operações definem os resultados almejados, os produtos que viabilizarão esses resultados, as ações estratégicas e as responsabilidades de gestão de cada ator social envolvido.

A primeira operação deflagrada, “Cárie Zero”, diz respeito à modificação de hábitos e estilos de vida que visa à redução do índice ceo-d, através de ações coletivas em creches e escolas, campanhas educativas em mídia falada e escrita e a reorganização do cardápio escolar e das creches. A operação “Bem Viver”, visa ao auxílio para captação de renda, através de desenvolvimento de oficinas para as famílias das crianças de cinco anos. Além desta atividade, procura-se também fomentar uma política de paz, para a diminuição da violência doméstica e urbana. “Trabalhando Saberes”, visa à capacitação do funcionalismo e dos cuidadores, por meio de oficinas e atividades para a construção compartilhada do conhecimento em saúde. Com a operação “Alegria de Sorrir”, pretende-se reorganizar os serviços disponibilizados para a garantia do acesso a todas as crianças, gestantes e puérperas. A “Linha Guia do Cuidado”, garantirá a implantação dos protocolos clínicos de atendimento para a uniformização das ações (Quadro 5).

Quadro 5: Plano Operativo

Operação	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Cárie Zero: Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o índice ceo-d para 1, 0 no prazo de 3 anos.	Programa de escovação supervisionada; Campanha educativa (rádio); Programas “Merenda saudável e “ uso inteligente do açúcar”	Criar os programas para mídia Reavaliar o cardápio das creches e escolas	ESB ESF Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Secretaria de Educação	Três meses para o início das atividades
Bem Viver Aumentar a renda das famílias; Fomentar a cultura da paz.	Diminuição do desemprego; Diminuição da violência	Oficinas de geração de rendas; Programa de fomento da cultura da paz/Rede saúde e Paz.	Apresentar o projeto Apoio da comunidade	ESF e NASF Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Apresentar o projeto em quatro meses; Início das atividades em 10 meses; Quatro meses para o início das atividades.
Trabalhando Saberes Facilitar ações educativas através de: Abordagem individual Atividades grupais	Construção compartilhada do conhecimento sobre o processo saúde–doença bucal e de Práticas de higienização	Avaliar o nível de conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal; Programa de Saúde na Creche; Campanha educativa na rádio Capacitação de ASB, TSB, ACS e cuidadores.	Viabilizar o conhecimento sobre o processo saúde-doença através de capacitação dos atores sociais envolvidos.	ESF ESB NASF CRAS	Início em um mês e término em seis meses Início em um mês avaliação semestral; Início em dois meses e término em três meses.
Alegria de Sorrir Melhorar a estrutura do serviço para a captação e atendimento das crianças de 0 a 5 anos e gestantes.	Garantir o atendimento preventivo e curativo para 100% das crianças de 0 a 5 anos; Garantir o acompanhamento de todas as gestantes e puérperas, conforme previsto no protocolo de saúde bucal de Caratinga	Capacitação permanente da equipe de saúde bucal; Compra de insumos odontológicos.	Apresentar projeto de estruturação do serviço	ESF ESB	Três meses para apresentar o projeto Dez meses para liberação dos recursos e um mês para compra dos insumos; Início em três meses, processo permanente.
Linha Guia do Cuidado Implantar o protocolo clínico do cuidado das gestantes e crianças de 0 a 5 anos, incluindo mecanismos de referência e contrareferência	Cobertura de 100% das gestantes que participam do Pré-Natal e 100% das crianças de 0 a 5 anos de médio e alto risco	Linha Guia do cuidado de gestantes e crianças de 0 a 5 anos implantadas; Protocolo de Saúde bucal implantado; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha do cuidado implantada.	Oficinas para o desenvolvimento do protocolo	Superintendência Operacional da Saúde ESF ESB	Início em dois meses e finalização em doze meses

Fonte: Autoria Própria (2011).

6.8 Gestão do Plano

A gestão do plano é crucial para o êxito de todo o processo, sendo necessário o desenvolvimento e a estruturação de um sistema de gestão bem articulado na coordenação e acompanhamento da execução das operações (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). O autor pontua que esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a interação entre os planejadores e executores. O sucesso dependerá da forma que essa gestão será realizada.

Kleba, Krauser e Vendruscolo (2011), explicitam a visão do PES para o planejamento e gestão do plano operativo. As autoras descrevem assim essa etapa do planejamento:

Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis. O plano é um compromisso que prevê ações visando o alcance de resultados, ou seja, impactos favoráveis sobre os problemas selecionados, cujo processo exige formas adequadas de gerenciamento e monitoramento. Assim as informações disponíveis e disponibilizadas no processo são importantes em todas as etapas do PES. No entanto, é necessário trabalhar com informação seletiva, reduzindo-se a variedade de informações, para que os atores envolvidos, e especialmente o gestor, não se percam em inúmeros dados inúteis, que podem dispersar o foco ao invés de contribuir na análise do processo e dos resultados produzidos (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011, p.191).

A gestão do plano será de responsabilidade da SMS, através do DSB, que deverá gerenciar as articulações com os demais setores, evitando a dispersão do foco principal, reduzindo a variedade de dados e informações, avaliando constantemente o processo, regulando, quando necessário, todas as atividades planejadas.

Nos quadros que seguem, estão demonstradas as planilhas de acompanhamento de todas as etapas do plano operativo.

Quadro 6: Planilha para acompanhamento “Carie Zero”

Operação “Cárie Zero” Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Programa de escovação supervisionada;	ESB	Imediato	Programa implantado, mas não totalmente implementado.	Escovação supervisionada realizada apenas nas escolas e creche, faltando programar para outros grupos e em VD	Três meses
2 Campanha educativa (rádio);	ESF, ESB, NASF	Três meses	Fase elaboração e identificação de parceiros	Não foram contatados os setores da Prefeitura responsáveis	Sem prazo determinado
3 Programas “Merenda saudável” e “uso inteligente do açúcar”	NASF E ESB	Três meses	Fase de identificação de parcerias – Escola/Creche/NASF		

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 7: Planilha para acompanhamento “Bem Viver”

Operação “Bem Viver” Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Oficinas de geração de renda;	ESF NASF CREAS	Imediato	Fase de identificação de demandas	Não foram levantadas as demandas por tipo de oficinas	Três meses
2 Rede Saúde e Paz	ESF, ESB, NASF, CREAS	Quatro meses	Ainda não foram identificadas as parcerias; Fase de elaboração de projetos		Seis meses

Fonte: Autoria Própria (2011).

Quadro 8: Planilha para acompanhamento “Trabalhando Saberes”

Operação “Trabalhando Saberes” Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Avaliar o nível de conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal;	ESB	Um mês	Fase de elaboração de projeto avaliativo.		Sem prazo definido
2 Programa de saúde na Creche	ESF, ESB, NASF	Quatro meses	Fase de elaboração de projetos		Sem prazo definido
3 Campanha educativa na rádio	ESF, ESB, NASF	Quatro meses	Ainda em fase de planejamento do formato e conteúdo do programa		Sem prazo definido
4 Capacitação de ASB,TSB, ACS e cuidadores	CD, Enfermeiro, Profissionais do NASF	Dois meses	Fase de elaboração de programas de capacitação		Sem prazo definido

Fonte: Autoria Própria (2011).

Quadro 9: Planilha para acompanhamento “Alegria de Sorrir”

Operação “Alegria de Sorrir” Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Capacitação permanente da equipe de saúde bucal	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Três meses	Programa de capacitação em fase de elaboração	O programa já está funcionando parcialmente	4 meses
2 Compra de insumos odontológicos	PMC	Dez meses	Fase de levantamento de demandas, estimativa de custos e licitações.	Os preços já foram levantados	2 meses

Fonte: Autoria Própria (2011).

Quadro 10: Planilha para acompanhamento “Linha Guia do Cuidado”

Operação “Linha Guia do Cuidado” Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Linha Guia de Saúde Bucal	Coordenação Saúde Bucal	Três meses	Projeto já elaborado, aguarda a liberação do Departamento Odontológico.		
2 Protocolo de Saúde Bucal	Coordenação da Atenção em Saúde Bucal	Dez meses	Fase de levantamento de demanda e estimativa de custos.		
3 Recursos humanos capacitados	Secretaria Municipal de Saúde	Dez meses	Programa de capacitação em fase de elaboração.		
4 Regulação	Coordenação Saúde Bucal	Doze meses	Projeto em discussão		
5 Gestão da linha do cuidado	Coordenação Saúde Bucal	Doze meses	Projeto de gestão em fase de elaboração.		

Fonte: Autoria Própria (2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muitos anos no país, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS, aconteceu de forma paralela e longe do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Caratinga experimentou, assim como o resto do país, vários modelos de atenção em saúde bucal, com uma grande hegemonia do Sistema Incremental. Graças a esse modelo de atenção a saúde bucal das crianças em idade escolar foi priorizada, ficando as demais faixas etárias excluídas (PALMIER *et al.*, 2008).

O DSB do município, através de estudos epidemiológicos, criou uma série histórica considerável com 13 estudos realizados. Mas esses dados não foram utilizados para a construção de um sistema de vigilância eficiente, não contribuíram para o planejamento e a avaliação do serviço de saúde bucal ofertado pelo município. Consequentemente os recursos humanos e financeiros deixaram de ser aplicados racionalmente, ferindo os princípios do SUS.

Através desses estudos apurou-se que a cárie dentária continua sendo uma das maiores preocupações do setor público, apesar de outras patologias orais como as periodontopatias e câncer, se mostrarem significativamente expressivas no município.

39% das crianças caratinguenses de 5 anos, apesar do índice ceo-d de 1,41 ser considerado baixo de acordo com a OMS, se apresentam com experiência da doença cárie. Esse percentual foi considerado alto pelas ESB do município, para as quais a meta de 100% de crianças de 5 anos livres de cárie no ano 2020 proposta pela a OMS é de difícil alcance, requerendo pronta intervenção.

De acordo com Manfredini (2011), na primeira década do século XXI registra-se a ocorrência de dois movimentos importantes no âmbito da assistência odontológica pública e privada no Brasil: a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o vigoroso crescimento na oferta de serviços odontológicos suplementares.

O Programa Brasil Sorridente implantado em 2004 alavancou a saúde bucal em todo país, observando-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da interação dos saberes e práticas que reorientem ações para a promoção e vigilância em saúde, revendo

práticas assistenciais que incorporem a família e a defesa da vida (BRASIL, 2008), possibilitando uma melhoria nas condições de saúde bucal dos brasileiros.

Manfredini (2011) relata a reorganização da atenção em saúde bucal proposta no país:

A reorganização da atenção em saúde bucal é proposta em todos os níveis de atenção, sendo a reorientação do modelo centrada no eixo do cuidado. Para organizar este modelo são propostas “linhas do cuidado” para a criança, adolescente, adulto e idoso. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, com acesso disponível para todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, de nível secundário e terciário, visando à integralidade da atenção (BRASIL, 2004; MANFREDINI, 2011, p. 30).

A inclusão da saúde bucal nas ESF atendeu a necessidade de reorganizar a atenção em saúde bucal no país. Caratinga ampliou as ESF, com a inclusão das ESB a partir de 2003.

O problema priorizado: alto percentual de crianças de 5 anos com experiência de cárie, acarreta perdas precoces dos elementos dentários, problemas na dentição permanente e, a longo prazo, edentulismo nas populações adultas e idosas.

Para realizar um planejamento é necessário orientar os olhares e sentidos para que se tenha uma percepção ampliada das particularidades locais. A visão ampliada da realidade visa enriquecer o cuidado com maior resolutividade, partindo da premissa básica de que todo o homem social interage e interdepende de outros indivíduos, humanizando as práticas, organizando os serviços. O pensar saúde na ESF deve incorporar a dimensão do coletivo, devendo influenciar nosso agir.

Procurou-se com o plano operativo proposto, desenvolver estratégias de ação para o problema, estratégias estas que serão construídas por todos os atores sociais envolvidos, planejando melhor as ações e avaliando os serviços ofertados, para que contemplem a realidade local, norteando as políticas de saúde bucal para as reais necessidades da população.

Os adultos compõem uma faixa etária bastante ampla que por muitos anos ficou desassistida (BRASIL, 2008). A abordagem de todos os indivíduos deverá levar em consideração sua integralidade e ser realizada sempre com equidade. Os indivíduos devem ser avaliados desde sua inserção social, levando-se em consideração o núcleo familiar como um todo.

Idosos necessitam avaliação integral, requerendo a interação de vários profissionais e especialidades. No caso específico da saúde oral, o processo de envelhecimento agravado pelo edentulismo, é reflexo da condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social (BRASIL, 2008). A promoção de saúde bucal dos idosos deveria assumir o papel de garantir o bem-estar, melhorar a qualidade de vida, mastigação, estética e elevar a autoestima, empoderando o indivíduo idoso para reinseri-lo na sociedade (BRASIL, 2008).

Para adultos e idosos, a maneira como serão acolhidos no sistema, deverá ser criteriosa, evitando tratamentos tão somente mutiladores e garantindo o direito à saúde preservado pela constituição brasileira e pelas leis que gerem o SUS.

As ESB necessitam, de fato, incorporar em suas atividades as ações educativas voltadas para o conhecimento e informação, participando dos grupos operativos. A prevenção e a detecção precoce de doenças e agravos se tornam inerentes ao serviço, acontecendo em várias oportunidades, como no acolhimento, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares e nas consultas (BRASIL, 2008).

Caratinga vive um momento ímpar para a saúde bucal, favorável e receptivo no respaldo de modelos gerenciais definidos. O prefeito e a presidente do Conselho Municipal de Saúde são odontólogos e pela primeira vez a SMS admitiu dentro de suas instalações um coordenador de Atenção Básica em Saúde Bucal.

O município decidiu implantar o plano de intervenção voltado para o problema priorizado, implantar o protocolo de atendimento clínico visando à uniformidade das ações e estudar estratégias para a melhoria do acesso de adultos e idosos aos serviços ofertados.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. **O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde.Ciênc. saúde coletiva [online].** 2004, vol.9, n.1, pp. 131-138. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100013>. Acesso em: 23 fev. 2013.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** In: **Cadernos da OFICINA SOCIAL Nº 3: DESENVOLVIMENTO SOCIAL.** COPPE/UFRJ, 25p, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manual Técnico – Brasília,** 1.^a edição – 1.^a reimpressão – 2008. 91 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acessado em: 23 fev. 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFGM - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2010. 110p.

CARATINGA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento Odontológico. **Projeto Saúde Bucal Levada à Sério – Prêmio Brasil Sorridente,** 2008.

CARATINGA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento Odontológico. **Relatório Final do Levantamento Epidemiológico de 2012.**

GOES, P. S. A. *et al.* Vigilância à saúde bucal: a construção de um modelo integrado. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2012001300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 Mar. 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@ online. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: RODE, S.M.; GENTIL, S.N, organizadores. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004. P.591-604. Disponível em http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/NSaude.pdf. Acesso em: 24 fev. 2013.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. **O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família.** Texto contexto - enferm.

Florianópolis, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15 abr. 2013.

MANFREDINI, M. A. **Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI**. 2011. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02032011-081852/>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

MOTTA, R. H. S. **Estudo epidemiológico da cárie dentária e sua relação com as condições socioeconômicas em escolares do município de Caratinga-MG**. Dissertação (Mestrado) – Ciências da Reabilitação, Centro Universitário de Caratinga, Caratinga. 2010.

NARVAI, P. C. *et al.* **Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003**. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2010, vol.26, n.4, pp. 647-670. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400002>. Acesso em: 29 mar 2013.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 53p.

PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. NESCON/UFGM – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da FAMÍLIA. Belo Horizonte: Coopmed. 2008. 72p.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

PINTO, V. **Prevenção da Cárie Dental**. In: PINTO, V. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 4ª ed. 2000 p. 371-384.

RONCALLI, A. G. **Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado**. *Cienc Saúde Colet*. 2006, vol.11, n.1, pp.105-114.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos**. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2011, vol.16, n.3, pp. 1671-1680. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 4 Abr. 2013.

SCLIAR, M. 2003. In: RONCALLI, A. G. **Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado**. *Cienc Saúde Colet*. 2006, vol.11, n.1, p.106.

SILVA, D.A. **SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES - MANUAL DE DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO**. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 1995; (Informe técnico 20): 32 p.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2012. 84p.