

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

MARIA ANTONIETA SOUZA MAGALHÃES

**UTILIZAÇÃO DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES PARA O  
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ OPERÁRIO,  
DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte/MG  
2009

MARIA ANTONIETA SOUZA MAGALHÃES

**UTILIZAÇÃO DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES PARA O  
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ OPERÁRIO,  
DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE BELO HORIZONTE**

Monografia apresentada ao Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família.

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

Belo Horizonte/MG  
2009

### **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus familiares que, de diversas maneiras, me apoiaram. Juntos superamos os obstáculos.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Mauro Henrique, pela paciência e generosidade ao transmitir seus conhecimentos.

Agradeço também à ASB Maria de Lourdes e à ACS da microárea 9, Rosana, que muito colaboraram para a elaboração deste trabalho e à Denise, gerente do C.S. São José Operário, pelo incentivo.

## RESUMO

Este estudo descreve o Levantamento de Necessidades em saúde bucal realizado na área de abrangência do Centro de Saúde São José Operário, Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, com o objetivo de conhecer as condições de saúde bucal da população adscrita, buscando organizar o agendamento dos pacientes para tratamento odontológico seguindo o princípio da equidade.

Foram examinados 344 usuários da microárea 9, classificada como sendo de média vulnerabilidade.

Este levantamento mostrou um grande número de pessoas sem necessidade de tratamento (57%) e a doença periodontal foi o problema mais prevalente.

Discute-se a importância do Levantamento de Necessidades como uma das ferramentas para a organização da assistência à saúde bucal em nível local.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	07
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	08
3. OBJETIVO .....	15
4. METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO .....	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	17
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
7. REFERÊNCIAS .....	24

## **1 INTRODUÇÃO**

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial, nas atividades assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O agendamento de pacientes para tratamento odontológico, nos serviços públicos, tem sido problemático porque de um modo geral, faltam critérios técnicos que orientem tal procedimento (DUMONT et al., 2008).

Para se fazer um bom planejamento das ações de saúde bucal, torna-se importante conhecer o território em que se trabalha. Conhecendo melhor a área de abrangência, sabe-se quais são as reais necessidades dos usuários, e, a partir deste diagnóstico, planeja-se adequadamente as ações para que as pessoas que apresentam as situações de maior risco sejam priorizadas, promovendo o princípio da equidade.

A Unidade Básica de Saúde - UBS São José Operário, situada na região leste de Belo Horizonte, conta com uma população aproximada de 13.000 habitantes, que são atendidos por duas equipes de Saúde da Família. A equipe de saúde bucal não foi inserida até o momento, no Programa Saúde da Família.

A área de abrangência dessa UBS é composta de nove micro-áreas, sendo 2 de baixa vulnerabilidade e 7 de média vulnerabilidade social. Para direcionar a alocação das Equipes de Saúde da Família (ESF) em 2003, a Gerência de Assistência – GEAS da SMSA/PBH adotou o índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), um indicador composto, desenvolvido para avaliar a qualidade de vida da população adscrita, e verificar o grau de vulnerabilidade à saúde. Assim, a implantação das ESF levaria em conta o risco social de adoecer. (Muito elevado – ME; Elevado – ER; Médio – MR e Baixo – BR) (WERNECK; ROCHA, 2008). Entretanto, outras informações como, por exemplo, as condições de saúde bucal da população adscrita, podem ser relevantes para a inclusão da Equipe de saúde bucal nas equipes de PSF.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Epidemiologia**

Etmologicamente, epidemiologia (epi = sobre; demo = população; logos = tratado) significa o estudo do que afeta a população. O conceito original de epidemiologia, que se restringia ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis prevaleceu por longo tempo. Recentemente, o conceito evoluiu de modo a abranger praticamente todos os eventos relacionados com a saúde da população (PEREIRA, 1995).

Segundo Scliar (2003), epidemiologia é o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição de fenômenos ligados à saúde e à doença, bem como o uso deste estudo para melhorar as condições de saúde da população.

Descrever as condições de saúde em grupos de pessoas e a história natural das doenças, investigar seus fatores determinantes e avaliar os impactos das intervenções destinadas a modificar e melhorar a situação, constituem alguns dos mais notórios campos de aplicação desta ciência (PEREIRA, 1995).

O objetivo geral da epidemiologia é o de concorrer para reduzir os problemas de saúde na população, através do melhor conhecimento da situação, de seus fatores determinantes e das melhores oportunidades de prevenção de cura e de reabilitação (PEREIRA, 1995).

No campo da saúde coletiva, são inúmeras aplicações do conhecimento epidemiológico, particularmente as que estão articuladas ao planejamento e avaliação dos serviços de saúde (RONCALLI, 2006).

A epidemiologia em saúde bucal no Brasil não apresenta dados expressivos, apesar de ter apresentado um sensível crescimento nos últimos anos, especialmente do ponto de vista da produção de dados em nível municipal (RONCALLI et al., 2000).

De acordo com Araújo (2003), levantar as condições de saúde bucal da população residente na região e suas necessidades de tratamento é essencial para a



elaboração de estratégias adequadas, que permitam oferecer à população os tratamentos necessários à manutenção ou recuperação de sua saúde.

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 (PINTO, 2008).

Na medida em que a saúde bucal coletiva surge como um modo (ideológico, operativo, contra-hegemônico) de trazer a saúde bucal para o Sistema Único de Saúde (SUS) e vice-versa e de romper com modelos excludentes e de avançar em um novo modo de fazer saúde bucal, a epidemiologia se insere como um de seus mais contundentes aliados (RONCALLI, 2006).

Saindo de uma abordagem “odontológica” para algo mais amplo como a “saúde bucal coletiva”, expressa o esforço desse processo de ruptura sair do plano do indivíduo e alcançar o plano da coletividade (RONCALLI, 2006).

## **2.2 Índices e Indicadores**

A epidemiologia baseia-se em índices e indicadores para medir as condições de saúde da população.

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 mais amplo e podem incluir tanto alguns índices quanto informações qualitativas como o acesso a serviços de saúde, a oferta de mão de obra, a correspondência entre problemas de saúde bucal e as condições de vida, etc. (PINTO, 2000).

Segundo Sternbach et al. (2006) entende-se o termo *índice* como um valor numérico que representa a correta interpretação da realidade de um sistema simples ou complexo (natural, econômico ou social), utilizando, em seu cálculos, bases científicas e métodos adequados. O termo *indicador* é um parâmetro selecionado e

considerado isoladamente ou em combinação com outros para refletir sobre as condições do sistema em análise. Normalmente um indicador é utilizado como um pré-tratamento aos dados originais. Indicadores podem ser compreendidos como dados estatísticos usados para medir algo intangível, que ilustram aspectos de uma realidade multifacetada.

De acordo com Pinto (2000), índice é o que pode estabelecer as diferenças de intensidade de ataque de uma doença ou de uma condição qualquer.

Considera-se que um índice deve possuir as seguintes características (PEREIRA, 1995; PINTO, 2008).

- Clareza, simplicidade e objetividade: o índice deve ser de fácil memorização, fácil de obter e a custos compatíveis.
- Validez: deve medir exatamente aquilo que se deseja medir.
- Confiabilidade: um planejamento realista precisa basear-se em informações válidas e confiáveis que alcancem uma cobertura adequada da população.
- Sensibilidade: deve possibilitar a percepção de pequenas variações de estado de saúde da população estudada.
- Aceitabilidade: as informações devem ser passíveis de serem utilizadas pelos demais profissionais de saúde.

Neste sentido, os coordenadores de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte desenvolveram o Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) como forma de orientar o acesso (DUMONT et al. 2008).

O INTO foi utilizado por Castilho et al. (2000) para triagem numa população de indivíduos portadores de deficiências neuropsicomotora e mental. De um total de 135 indivíduos examinados, 92 obtiveram o índice 0 (68,1%); 12 alunos apresentaram índice 1 (8,9%); 2 alunos apresentaram índice 2 (1,5%); o índice 3 foi encontrado em 20 alunos (14,8%); o índice 4 foi encontrado em 5 alunos (3,7%); e o índice 5 em 4 alunos (2,9%).

Foi utilizado também por Dumont et al. (2008) para levantamento de necessidades de tratamento da população indígena do Pólo Brejo Mata Fome. Do total de indivíduos examinados, 37% não apresentaram necessidade de tratamento; 60% apresentaram alguma necessidade, sendo 39% dessas necessidades relacionadas à presença de lesão cariosa, 10% relacionadas à dor e 11% relacionadas à sangramento gengival e tártaro; 4% do total foram excluídos da análise.

Índice de necessidades, utilizado por Castilho et al. (2000) e Dumont et al. (2008) utilizam os critérios apresentados na Fig. 1.

0.	Sem cárie aparente (pacientes livres de lesões cariosas, com lesões que possam levantar dúvidas quanto ao seu diagnóstico ou com restaurações aparentemente satisfatórias).
1.	De uma a três lesões cariosas aparentes (cavitações, esmalte aparentemente socavado ou restaurações com nítida recidiva de carie).
2.	Acima de três lesões cariosas.
3.	Urgências (casos de dor e grandes destruições coronárias).
4.	Doença periodontal (necessidade principal: supuração, mobilidade, mudança de cor e volume gengival).
5.	Exodontia indicada (restos radiculares).

Figura 1 – Critérios do Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (CASTILHO et al., 2000; DUMONT et al., 2008)

No período de julho de 2005 a agosto de 2006 um inquérito de necessidades em saúde bucal, índice bastante semelhante ao INTO, foi realizado em 11 escolas especiais de Belo Horizonte pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) e os distritos sanitários, ampliando os códigos dos indicadores de levantamento em saúde bucal. Os critérios de classificação do Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal são apresentados na Fig. 2.

Código	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
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.

Figura 2 – Critérios do levantamento de necessidades utilizado pela Prefeitura de Belo Horizonte

Nos casos de lesões cariosas e doença periodontal concomitantes, o código referente à doença periodontal foi considerado prioritário.

Esses critérios passaram a ser utilizados no serviço odontológico das UBS da PBH.

Os resultados encontrados pelo levantamento de necessidades da PBH mostraram que de um total de 1990 alunos examinados, 832 obtiveram o código 0; 559 alunos obtiveram o código 1; o código 2 foi encontrado em 198 alunos; o código 3 em 96 alunos; o código 4 foi encontrados em 43 alunos e o código 5 em 262 alunos.

### **2.3 Planejamento e programação em saúde bucal.**

Planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Isto evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O planejamento é importante porque permite um melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, possibilitando que os nossos objetivos sejam alcançados da melhor forma possível (ADRIANO et al. 1998).

Segundo Pereira (1995) o planejamento é um processo objetivo de mobilizar informações e organizar recursos. Trata-se de uma tentativa deliberada e sistematizada de utilizar os serviços e bens disponíveis, e mobilizá-los em função das necessidades mais legítimas da sociedade. Ainda de acordo com 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. A vigilância dos grupos em maior risco com particular atenção às suas necessidades em saúde é postulada como forma de verificar acesso aos serviços e assegurar a equidade.

Ao limitar-se a prestar serviços aos pacientes que a procuram por sua livre vontade (abrir as portas e atender a quem está na fila), a unidade joga um papel passivo e não consegue ter qualquer influencia duradoura sobre o nível de saúde bucal da comunidade (PINTO, 2000).

Torna-se importante definir prioridades para tratamento, buscando, dessa forma, promover a equidade, ou seja, priorizar aquelas pessoas cujos casos clínicos são mais emergentes, ou mesmo apresentam mais necessidades de tratamento. (DUMONT et al., 2008). Mesmo no caso de forte pressão por parte das comunidades numerosas e com alta prevalência de problemas, é possível estabelecer critérios de prioridade relativa, identificando camadas de indivíduos que, do ponto de vista

epidemiológico e/ou econômico, mereçam ser destacados em relação aos demais.  
(PINTO, 2000)

O uso de um sistema de registro simples e prático permite que haja rastreamento da maioria dos membros de um grupo e que sejam identificados os de maior risco. Esta estratégia permite detectar um número relativamente restrito de famílias (ou indivíduos) que são responsáveis por uma grande proporção dos problemas de saúde incidentes na comunidade. A essas famílias e indivíduos se dará especial atenção. (PEREIRA, 1995).

### **3 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é identificar as condições de saúde bucal das famílias da área de abrangência da UBS São José Operário, e posteriormente organizar a assistência à saúde dessas pessoas.

#### **4 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO**

Para a realização deste trabalho foi escolhida a microárea 09 da UBS São José Operário que é a maior e de médio risco. Tendo em vista que a UBS não conta com a equipe de saúde bucal junto às equipes de PSF, o primeiro passo foi reunir com a Agente Comunitária de Saúde, responsável pela microárea, para tomar contato com o cadastro das famílias da área de abrangência e colher as informações sobre estas famílias, tais como número de famílias e endereço.

Foram feitas visitas domiciliares para conhecer melhor a realidade de vida dessa população. Nessas visitas foi feita a codificação dos indivíduos conforme o Levantamento de Necessidades utilizado pela PBH.

Os pacientes foram examinados em domicílio e os que não se encontravam em casa no momento da visita foram agendados para avaliação na UBS. O exame da cavidade bucal foi realizado por uma única cirurgiã dentista.

O levantamento foi feito de março a junho de 2009.

Após este levantamento, as famílias serão agendadas para adequação do meio bucal e controle da doença, respeitando o princípio da equidade, ou seja, os indivíduos com pior condição bucal (índice 5) serão convidados antes dos demais.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A área de abrangência do Centro de Saúde São José Operário é formada de nove microáreas, sendo sete de médio risco e dois de baixo risco (Tab.1).

Tabela 1 – População e IVS da área de abrangência da UBS São José Operário, de acordo com cada micro-área, março 2009

<b>Microárea</b>	<b>IVS</b>	<b>Número de famílias</b>	<b>População</b>
1	Médio	229	1315
2	Médio	364	1551
3	Médio	230	1031
4	Médio	238	1106
5	Médio	379	1933
6	Médio	328	1508
7	Baixo	219	1124
8	Baixo	257	1207
9	Médio	327	1568
Total	–	2571	12343

Dos 12.343 indivíduos, 10.012 residem nas microáreas classificadas como médio risco e 2.331 nas microáreas de baixo risco.

A microárea 9, objeto deste estudo, está localizada no bairro Nova Vista e é classificada como média vulnerabilidade. Está situada muito próxima à UBS e conta com duas creches para crianças de até 6 anos, em horário integral, enquanto as mães trabalham. Todas as ruas são asfaltadas e cobertas pelos serviços de abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo. Existem várias farmácias, padarias, açougues e lojas em geral e um número grande de bares e salões de beleza que geram emprego para as pessoas da região.



Figura 1. Área de abrangência do Centro de Saúde São José Operário, Belo Horizonte, 2009.



Figura 2. Centro de Saúde São José Operário, Distrito Leste de Belo Horizonte, 2009.

A microárea em questão possui 327 famílias, totalizando 1568 indivíduos. Existem várias famílias compartilhando moradias no mesmo lote.

Do total de famílias da microárea 9, 130 (39,8%) foram examinadas. Em 66 famílias (18,3%) houve exame de todos os indivíduos.

Apesar do Levantamento de Necessidades ser aplicado à unidade de medida individual, serão apresentadas as codificações do maior valor por família. Das famílias examinadas, 39 (30,0%) apresentavam todos os indivíduos com índice 0; 13 famílias (10,0%) tiveram como maior índice encontrado o índice 1; 3 famílias (2,3%) apresentaram, o índice 2, como maior índice encontrado; 1 família (0,7%) apresentou o índice 3 como o maior índice; 11 famílias (8,5%) tiveram como maior índice encontrado o índice 4 e 63 famílias (48,5%) tiveram o índice 5 como maior índice encontrado (Tab.2). A mensuração do Levantamento de Necessidades por família pode ser uma estratégia de priorização e acompanhamento de famílias com condições bucais mais desfavoráveis.

Tabela 2 – Distribuição do levantamento de necessidades das famílias, microárea 09 da UBS São José Operário, Belo Horizonte, 2009.

Código do levantamento de necessidades por família	Frequência absoluta (%)
0	39 (30,0)
1	13 (10,0)
2	3 (2,3)
3	1 (0,7)
4	11 (8,5)
5	63 (48,5)
Total geral	130 (100,0)

Dos examinados, 213 eram mulheres (61,9%).

A idade média foi igual 31,7 ( $\pm 20,5$ ). O primeiro quartil foi igual a 13 anos, a idade mediana foi igual a 29 anos e o terceiro quartil, 46 anos. O sujeito mais jovem apresentava 1 ano e o mais idoso, 90 anos.

Do total da população da microárea pesquisada, 344 (21,9%) foram examinados. Deste total, 198 indivíduos (57%) obtiveram o índice 0; 35 (10%) apresentaram o índice 1; 10 pessoas (3%) apresentaram o índice 2; 3 pessoas (1%) obtiveram o índice 3; o índice 4 foi encontrado em 17 pessoas (5%) e o índice 5 foi encontrado em 81 indivíduos (24%) (GRÁFICO 1).

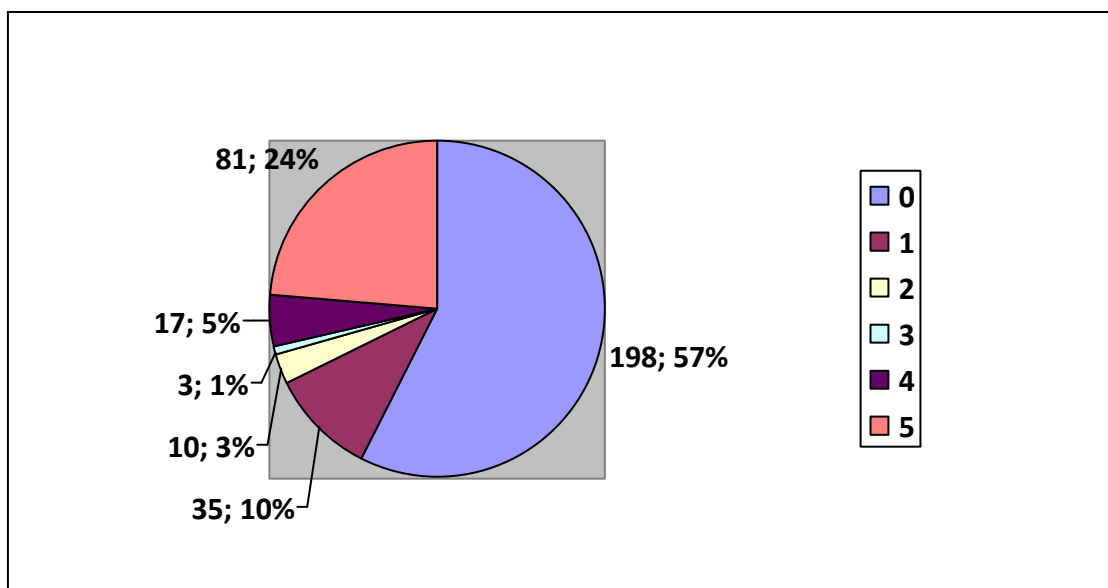


Gráfico 1 – Distribuição do levantamento de necessidades, microárea 9, UBS São José Operário, Belo Horizonte, 2009

Analisando os dados apurados, verificou-se que predominou o índice 0 que identifica os indivíduos aparentemente sem necessidades.

Estas condições também foram encontradas nos trabalhos de CASTILHO et al. (2000) e do Levantamento de Necessidades da PBH (2006) e podem ser explicadas pela limitação dos índices em detectar lesões cáries proximais e iniciais e lesões periodontais imperceptíveis à inspeção visual. Também há indícios de que esteja ocorrendo um declínio da doença cárie, devido à fluoretação da água e dentifrícios, dentre outros motivos. A condição social da população examinada, que apresenta média ou baixa vulnerabilidade social pode ser também, um aspecto determinante da condição bucal identificada. Quanto melhor a condição social da população, melhor a qualidade de vida, melhor será a sua condição de saúde bucal. A população em

situação mais desfavorável: indivíduos que têm baixa renda, moram em residências com grande aglomeração, têm pouca escolaridade, apresentam as piores condições. Segundo Pinto (2000), os benefícios do desenvolvimento tecnológico e do saber, alcançam de modo mais lento as populações menos favorecidas economicamente, Mesmo em países em que se observa redução nos índices de cárie, remanescem grupos com alta prevalência da doença, sendo constituído em geral de pessoas que possuem pobres condições de vida.

Parte dos indivíduos já tiveram tratamento odontológico concluído, não apresentando necessidades no momento, voltando a apresentar índice 0. Isto não ocorreu no trabalho de Dumont et al. (2008) onde prevaleceu o número de indígenas com lesões cariosas.

Dos que apresentaram alguma necessidade, a grande maioria apresentou índice 5, relacionado à doença periodontal. Este código contempla desde um simples sangramento gengival a perdas ósseas severas.

Pode-se observar também que a maioria dos indivíduos examinados foi do sexo feminino. Os homens são mais resistentes ao tratamento e poucos compareceram à UBS quando convidados.

O baixo número de pessoas examinadas em domicílio e na UBS, em comparação com o número total de indivíduos da área de abrangência, pode ser justificado pelo horário de funcionamento da UBS, que coincide com o horário em que as pessoas estão no trabalho.

A partir dos dados coletados foi possível identificar as famílias de maior risco em relação à saúde bucal e priorizá-las no acesso ao tratamento odontológico.

O agendamento contou com a colaboração da ACS da microárea atendida e está sendo feito, inicialmente, para as famílias que apresentaram o índice 5 como maior índice encontrado. O atendimento é individual com orientações para o alto cuidado, escovação supervisionada, raspagem e polimento coronário.

Grande parte desses casos poderia ser resolvida por Técnicos de Saúde Bucal (TSB) que não existem no Centro de Saúde São José Operário, uma vez que não há ESB incluída no PSF. Outros casos mais graves necessitam de encaminhamento para atenção secundária, mas só podem ser encaminhados os que são classificados como prioridade alta: usuários com periodontite (presença de bolsa e perda óssea) portadores de doenças sistêmicas (diabetes, cardiopatias, doenças metabólicas); e pacientes jovens (até 35 anos) com periodontite (presença de bolsa e perda óssea).

As outras necessidades de tratamento odontológico desses pacientes, possíveis de atendimento na atenção básica, também serão resolvidas.

Há necessidade de desenvolver ações programadas de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais que facilitariam o monitoramento e controle deste tratamento clínico e que contemplariam também os indivíduos sem necessidades de tratamento (índice 0) na manutenção da saúde bucal.

As ações de saúde bucal devem ser integradas as demais ações de saúde da unidade capacitando os profissionais para atuar de forma interdisciplinar no controle dos fatores de risco, com a participação da odontologia nos grupos operativos como, por exemplo: gestante, puericultura, diabéticos e hipertensos. O avanço no planejamento das ações de saúde bucal, integrada com as demais ações da Unidade Básica de Saúde, e com participação da população, viabilizará uma atenção à saúde bucal mais avançada e que seja promotora de saúde.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Levantamento de Necessidades, apesar de suas limitações, mostrou-se satisfatório, pois, através de uma rápida coleta de dados, possibilitou conhecer as condições de saúde bucal da população estudada. Apesar de residirem em áreas de baixo e médio risco, há famílias em condições precárias de saúde bucal.

Com os dados apurados será possível a organização da agenda, priorizando os indivíduos com maior necessidade de tratamento.

Como a maioria dos que apresentaram necessidade foi classificada no índice 5, referente à doença periodontal, observa-se a necessidade de ações programadas de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais.

A inclusão da ESB nas equipes de PSF, bem como a integração das ações de saúde bucal com as demais ações da UBS, seria um fator importante que incrementaria a participação efetiva da odontologia no controle das doenças e da melhoria da qualidade de vida da população em questão.

## 7 REFERÊNCIAS

1. ADRIANO, J.R. et al. Manual de Planejamento, março, 1998.
2. ARAUJO, M.V.A. Estudos das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará. Dissertação de mestrado em Clínica Integrada, São Paulo, 2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Saúde Bucal. Ministério da Saúde: Brasília, 2006. 92p.
4. CASTILHO, L.S. et al. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais – Experiência com pacientes especiais. Revista Conselho Regional de Odontologia, Minas Gerais. V 6, n 3, p.195-199. 2000.
5. DUMONT, A.F.S. et al. Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico: O caso dos índios Xakriabá. Revista Ciência e Saúde Coletiva, V 13, n 3, p. 1017 – 1022. 2008.
6. PEREIRA, MG. Epidemiologia, teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
7. PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos. 2000.
8. PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva. 5ª ed. São Paulo: Editora Santos. 2008.
9. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. O levantamento de necessidades em saúde bucal e as ações de cuidado desenvolvidas nas 11 escolas especiais de Belo Horizonte – junho 2006.
10. RONCALLI, A.G. et al. Projeto SB 2000: Uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. Revista Brasileira Odontologia Saúde Coletiva, Brasília, v.1, n.2, p.9-25, julho/dezembro 2000.
11. RONCALLI, A.G. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminho compartilhado. Revista Ciência e Saúde Coletiva. V.11, n.1, p.105-114, 2006.
12. SCLIAR, M. Um olhar sobre a saúde pública. São Paulo: Scipione; 2003.
13. STERNBACH, V; BLATTMANN, U. Mapeamento de índices e indicadores: experiência didática. Revista ABC: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis V.11, n.1, p.243-256, jan/jul, 2006.
14. WERNECK, M.A.F; ROCHA, R.C. Estratégia Saúde da Família e Práticas de Saúde Bucal em Experiências Selecionadas. In: Moysés, S.T. et al. Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.