

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia
Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva

Zdenka Pruchova Vieira da Costa

**Impacto do atendimento Odontológico na Saúde Bucal
de Crianças Beneficiadas pelo Programa Bolsa Família
Belo Horizonte - MG**

Belo Horizonte
2009

Zdenka Pruchova Vieira da Costa

**Impacto do Atendimento Odontológico na Saúde Bucal
de Crianças Beneficiadas pelo Programa Bolsa Família
Belo Horizonte – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadoras: Estela Aparecida Oliveira Vieira
Viviane Elisângela Gomes

Belo Horizonte
2009

Dedico este trabalho aos usuários do Centro de Saúde Dom Orione.

Agradecimentos

Agradeço a minha família pelo incentivo e apoio incondicionais e às orientadoras Estela e Viviane pela dedicação e empenho na realização deste trabalho.

RESUMO

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, dinâmica e riscos em que a população está inserida. O levantamento de necessidades em saúde bucal pode subsidiar o planejamento das ações individuais e coletivas. O objetivo desse estudo foi verificar a condição de saúde bucal de crianças, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), antes do atendimento odontológico e três anos após a sua conclusão. Foi realizado no Centro de Saúde Dom Orione que escolheu como uma forma de acesso ao serviço odontológico a busca ativa com realização de levantamento de necessidades das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Trata-se de um estudo longitudinal quantitativo que levantou o índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO) do mesmo grupo de crianças nos anos de 2006 e 2009, antes e após o atendimento odontológico. O tratamento clínico realizado estabeleceu como conduta padrão a estratégia de controle das doenças bucais por meio do tratamento restaurador atraumático (ART). Participaram do estudo 70 crianças de 3 a 15 anos de idade, beneficiadas pelo PBF. A análise dos dados, três anos após a intervenção, demonstrou um resultado positivo com o aumento do código 0 para 50%, aumento do código 1 para 39%, redução do código 2 para 10% e redução do código 3 para 1%. Em 2009, observou-se maior número de lesões cáries nos pacientes que apresentaram uma higiene oral insatisfatória. Constatou-se melhora da condição de saúde bucal das crianças beneficiadas pelo PBF, cumprindo-se o princípio da equidade. Como proposta de intervenção, além da continuidade a esta linha de trabalho com as crianças beneficiadas pelo PBF, elegeu-se ainda, outro grupo de grande vulnerabilidade social, os pacientes da micro-área de risco elevado pertencente à área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione.

Palavras chaves - Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico(INTO) Programa Bolsa Família (PBF) - Saúde Bucal - Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

Abstract

To plan and direct health actions is necessary to know the reality, dynamics and risks in which the population is inserted. The survey of oral health necessity may subsidize the planning of individual and collective actions. The objective of this project was to verify the oral health conditions of children, benefited by a brazilian government scholarship program called "Programa Bolsa Família" (PBF), before dental treatment and three years after its conclusion. This project was carried out at the Health Center Dom Orione that chose as a form of access to the dental service, active search with the carrying out of a survey of the necessities of children benefited by the PBF. It was a quantitative longitudinal study that surveyed the dental treatment necessity, in portuguese, "índice de necessidade de tratamento odontológico" (INTO) of the same group of children in the years of 2006 and 2009, before and after dental treatment. The clinical treatment carried out, established as a standard conduct, the strategy of oral disease control by means of the nontraumatic restoring treatment, in portuguese, "tratamento restaurador atraumático" (ART). 70 children between the ages of 3 and 15, benefited by the PBF, participated in the study. The data analysis, three years after the intervention, showed a positive result, with an increase of code 0 to 50%, of code 1 to 39%, a reduction of code 2 to 10% and of code 3 to 1%. In 2009, it was observed a larger number of cavity lesions in patients that presented an unsatisfactory oral hygiene. It was noticed an improvement in the condition of children benefited by the PBF, meeting the equity principal. As an intervention proposal, besides the continuation of this line of work with the children benefited by the PBF, it was elected still, another group of social vulnerability, the patients of the micro area of elevated risk that belongs to the area surrounding the Health Center Dom Orione.

Keywords - Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) Programa Bolsa Família (PBF) - Oral Health - Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

SUMÁRIO

| | | |
|---|-------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 | OBJETIVOS | 10 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 11 |
| 4 | METODOLOGIA | 19 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 22 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| 7 | PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 33 |
| 8 | REFERÊNCIAS | 35 |

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil vêm sofrendo grandes avanços, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988 que define um novo modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade.

O Processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido sobre estes princípios, visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população.

O Governo Federal criou o Programa Bolsa Família para minimizar as desigualdades sociais e proporcionar a possibilidade de uma vida mais digna às pessoas de maior vulnerabilidade social.

A área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione (CSDO) apresenta uma população com grande vulnerabilidade social e que deve merecer destaque no atendimento à saúde. Além disso, a organização da demanda por tratamento, considerando o princípio da equidade, tem por objetivo suprir às necessidades de cada grupo populacional visando uma maior justiça social (Brasil, 1990).

Baseando-se neste princípio da equidade, a equipe odontológica do CSDO, em 2006, decidiu atender como prioridade as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF).

Este estudo descreve como o levantamento de necessidades em Saúde Bucal, realizado em 2006, subsidiou o planejamento das ações individuais e coletivas dirigidas às crianças de 3 a 15 anos, que participam do Programa Bolsa Família. E estabelece uma comparação com a atual condição de saúde bucal destas mesmas crianças, diagnosticada em um novo levantamento de necessidades três anos após a conclusão do tratamento.

Este trabalho torna-se relevante, por constituir a primeira forma de avaliação sistematizada do trabalho da equipe odontológica, na busca da organização do serviço.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar a condição de saúde bucal de crianças, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, antes do atendimento odontológico e três anos após a sua conclusão.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar os resultados do trabalho realizado pela equipe odontológica;
- Estabelecer novas estratégias de ação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O modelo de pronto atendimento ainda vigora nos serviços primários de saúde brasileiros e está baseado na queixa conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva (RAMOS, 2003).

Para superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) lançou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), objetivando a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica, e incorporando conceitos e práticas inovadoras, de diferentes tecnologias, respondendo às necessidades apresentadas nos espaços concretos, onde os indivíduos constroem as histórias de representação do seu processo de saúde-doença (SANTOS, 2007).

O foco da atenção passa a ser a família no seu espaço social característico. Integralidade, equipe multiprofissional e vigilância à saúde são prerrogativas do programa que deve ter intervenções voltadas para o coletivo, tendo com eixo estruturante a epidemiologia.

A composição das equipes de saúde da família (ESF) tem mudado ao longo do tempo. Inicialmente as equipes contavam com um profissional médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Com a publicação da Portaria Ministerial número 1.444, de 28 de dezembro de 2000, profissionais de saúde bucal são inseridos na ESF. Foram criadas duas modalidades de equipe de saúde bucal: modalidade I, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB); e modalidade II, composta por um CD, um ASB e um técnico de saúde bucal (TSB).

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos em que a população está inserida.

A organização territorial estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Belo Horizonte dá-se de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção.

As unidades territoriais do sistema de saúde em Belo Horizonte estão dispostas da seguinte forma: Município → Distrito Sanitário → Área de Abrangência do Centro de Saúde → Área de equipe do Programa Saúde da Família → Micro área → Moradia.

A territorialização e vinculação de uma dada população são idéias nucleares da proposta do Programa de Saúde da Família (PSF). Este tem sido considerado como uma estratégia para reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde.

O acesso à saúde está relacionado com as condições de vida em que nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são fatores fundamentais e também são determinantes para o processo saúde-doença (Lucas, 2004).

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores dos serviços de saúde com seus usuários (MERHY et al, 1994, apud RAMOS, 2003).

O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho no Programa Saúde da Família que tem como objetivo a obtenção do impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para tanto, o CSDO conta com uma Equipe de Saúde da Família e uma equipe de apoio, divididas em quatro micro-áreas e uma área de baixo risco.

Assim, deve-se salientar que na unidade não há uma equipe de saúde bucal inserida no Programa de Saúde da Família. Tal fato se justifica pela condição da unidade de não preencher o critério da existência de área de risco muito elevado em sua área de abrangência. Dentro deste contexto, a ausência da equipe de saúde bucal torna a organização da atenção à saúde bucal um desafio ainda maior para o setor que conta apenas com duas dentistas de apoio e duas auxiliares de saúde bucal (ASB).

Em 2006, a equipe odontológica do Centro de Saúde Dom Orione decidiu atender, como prioridade, as crianças que participavam do Programa Bolsa Família.

O instrumento escolhido para a obtenção do diagnóstico coletivo foi o levantamento de necessidades em saúde bucal, possibilitando assim a organização do atendimento individual e a adequação das atividades coletivas.

O índice utilizado para a codificação dos pacientes foi o INTO – Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico que fornece o panorama geral de necessidades normativas dos serviços de saúde.

3.1 Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico – INTO

A necessidade de saúde bucal profissionalmente determinada é denominada Necessidade Normativa ou Prescritiva que são procedimentos que uma população necessita, a saber, o tempo de tratamento total a ser gasto pelos profissionais, o número de profissionais necessários para oferecer cuidados odontológicos em um determinado período, o custo total dos cuidados considerados necessários (Lucas et al., 2006).

Na última década cresceu o interesse de pesquisadores e gestores para desenvolver instrumentos que permitam conhecer as necessidades percebidas da população. Necessidades percebidas também denominadas necessidades subjetivas, são as necessidades por cuidados odontológicos determinadas pelos pacientes ou pela população. Este tipo de necessidade pode diferir das necessidades normativas. Cohen & Jago (1976), comentam que há discrepância entre a opinião do paciente e a do profissional a respeito do estado de saúde bucal.

O inquérito de necessidades individuais e coletivas orienta a coleta de dados para posterior análise e através destes dados torna-se possível planejar as ações individuais e coletivas. Esses inquéritos podem ser realizados no

próprio serviço, nos domicílios dos usuários, em escolas ou creches dentre outros (Lucas et al., 2006).

Nos serviços públicos faltam critérios técnicos para a organização da agenda para tratamento odontológico, além de haver diferenças na realidade de cada local. Por essas razões, os coordenadores da atenção bucal da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte desenvolveram o INTO como forma de orientar o acesso (Cavalcanti et al., 2005).

O INTO é um instrumento de Vigilância Epidemiológica utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação nos procedimentos coletivos (Lucas et al., 2006).

O INTO, por ser um indicador individual, gera uma classificação coletiva e possibilita uma configuração quantificada e qualificada das necessidades de atenção dos grupos, dividindo as necessidades da população em categorias, de acordo com a complexidade e o tipo de recurso humano requerido.

3.2 Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$60,01 a R\$120,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$60,00), de acordo com a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006 (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004) (BRASIL, MDS,2004).

O Programa Bolsa Família, criado em 9 de janeiro de 2004 pelo Governo Federal, consiste em um programa social de transferência de renda, o qual atribui uma transferência monetária às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza, segundo corte de renda determinado. O programa tem como intuito, integrar os processos de gestão e execução das ações de transferência

de renda que o Governo Federal até então praticava junto a outros programas de transferência de renda mínima, em especial os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e o Cartão Alimentação. Além de promover a transferência de renda, o programa objetiva interagir as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com a rede de serviços públicos como a saúde, educação e assistência social, dando impulso a uma política de combate à fome e segurança alimentar, nutricional, além de promover o desenvolvimento social e econômico destas famílias.

O Programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

- Promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;
- Reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades onde alguns pré-requisitos devem ser cumpridos: acompanhamento de educação mantendo os dependentes na escola com frequência mínima de 85%, acompanhamento da saúde com o cartão de vacina em dia, controle nutricional das crianças abaixo do peso (0 a 6 anos), pré-natal e puericultura (consulta médica mensal de crianças de 0 a 12 meses). Isto contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;
- Coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004) (BRASIL, MDS, 2004).

3.3 História do Centro de Saúde Dom Orione

Em paralelo aos avanços das políticas públicas, o Centro de Saúde Dom Orione seguiu a sua trajetória.

Em 11/10/1976 foi celebrado um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Obras Sociais da Pampulha para instalação, em terreno cedido pela Congregação Dom Orione, de uma unidade ambulatorial, o Centro de Saúde Dom Orione, assim chamado para homenagear o fundador da Ordem dos Orionitas.

Na data da sua fundação, o CSDO, funcionou provisoriamente na casa paroquial, com um único consultório e uma sala de recepção. O atendimento se restringia à clínica médica e pediátrica.

Com o crescimento da demanda foi se diversificando e estruturando o atendimento da população.

A partir de 1991, com a municipalização das redes básicas de atendimento em saúde, a gestão dessa unidade passou a ser responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde / Minas Gerais.

A unidade sofreu reforma e ampliação sendo re-inaugurada em setembro de 2004. Hoje, contudo apresenta espaço físico muito restrito para desenvolver todas as suas atividades.

O Centro de Saúde Dom Orione fica localizado na Avenida Expedicionário Benvindo Belém de Lima, nº 728, bairro São Luiz, Distrito Sanitário Pampulha. Em sua área de abrangência apresentam áreas de risco elevado, médio e baixo risco, nela estando incluídos os bairros São Luiz, São José, Ouro Preto e Paquetá.

Esta área apresenta características peculiares quanto à localização de algumas atrações turísticas e de lazer da cidade: Estádios Mineirão e Mineirinho, Casa do Baile, Igreja de São Francisco de Assis, Parque de Diversões Guanabara e alguns clubes recreativos. Há também enorme contraste social entre as luxuosas moradias em algumas áreas nobres dos bairros São Luiz e São José e as precárias moradias da área de risco elevado.

Atualmente a população da área de abrangência é de 14.043 habitantes sendo que 39,9% desta população, 5.600 habitantes, estão cadastrados no Programa Saúde da Família. Os outros 8.443 habitantes (60,1%) são classificados como baixo risco, apesar de também apresentarem famílias com grande vulnerabilidade social. Tendo em vista a dinamicidade do território, observa-se a necessidade de rediscussão dos critérios utilizados e reclassificação de algumas áreas dentro do baixo risco.

3.4 Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

Foi observado, que a cárie precoce na infância é uma doença polarizada, e, para o atendimento da demanda de até 50% de uma população carente acometida pela cárie, a característica atraumática, restauradora e psicológica do ART é adequada e superior às tradicionais (Figueiredo, M. C., 2008).

A técnica do ART favorece a universalização do controle da infecção intra bucal pelas seguintes características:

- Possui menor número de etapas operatórias que a técnica convencional restauradora, ou seja, o preparo cavitário é mínimo, não sendo necessária a utilização de anestésico.
- Permite a remoção da biomassa infectada em todos os dentes com indicação em até uma única sessão.
- Permite diminuir o stress do paciente frente ao atendimento odontológico.

Dentre as características mais importantes para a realização das restaurações atraumáticas está a da adesão deste material ao esmalte e a dentina, de forma a proporcionar um bom selamento marginal. A lenta e continuada liberação de flúor seria responsável pela involução da cárie e também pela sua remineralização. O ionômero apresenta uma boa compatibilidade com a dentina.

A abordagem com ART permite atender a enorme demanda acumulada de forma rápida e eficiente, evitando a progressão da doença e a incidência de novos casos. Obviamente, este resultado também depende da incorporação das ações de auto-cuidado realizadas pelos usuários e seus cuidadores, tanto familiares quanto institucionais, como forma de assegurar as condições necessárias para o controle das doenças.

A educação em saúde é uma poderosa ferramenta nesse novo agir, entendida como uma prática social que facilita a identificação pelos indivíduos dos problemas de saúde e seus fatores de risco, ao mesmo tempo em que incentiva a construção coletiva de soluções (Antunes & Peres, 2006).

3.5 Prática de Avaliação

Há o desconhecimento por parte da equipe odontológica dos resultados dos trabalhos realizados e da sua análise.

Toda ação deve ser avaliada para saber se os objetivos e metas foram atingidos. Diversos autores citados por Pinto, em 2008, enfatizam a importância de aspectos fundamentais envolvidos particularmente na avaliação de programas:

- Em saúde, a avaliação não é um processo exato e os números, em geral, só refletem parte da realidade. Os efeitos reais do trabalho comunitário de uma equipe de saúde, como uma mudança de hábitos, por exemplo, só podem ser constatados bem mais tarde;
- Não é possível avaliar integralmente um programa, mas é importante captar as mudanças mais representativas.

Pela revisão de literatura pode-se observar uma escassez de trabalhos publicados tanto sobre as formas de acesso aos serviços de saúde bucal, quanto sobre a avaliação dos resultados dos trabalhos, o que torna este estudo relevante.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado no Centro de Saúde Dom Orione, que escolheu como uma das formas de acesso ao serviço odontológico, a busca ativa com realização de levantamento de necessidades das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

Trata-se de um estudo longitudinal quantitativo que levantou o índice de necessidade de tratamento odontológico do mesmo grupo de 70 crianças, de 3 a 15 anos de idade, beneficiadas pelo PBF, nos anos de 2006 e 2009, antes e após o atendimento odontológico realizado na unidade.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram os responsáveis por convidar as 70 crianças beneficiadas pelo PBF para participar dos dois levantamentos, em 2006 e em 2009.

As famílias receberam convites em suas residências, levados pelos ACS, informando a data e a finalidade do processo. O tratamento odontológico foi autorizado pelos pais ou responsáveis.

Todas as crianças compareceram aos dois levantamentos.

Os exames clínicos foram realizados no consultório odontológico sob luz artificial empregando-se espelho plano e sonda exploradora nº 5.

Os pacientes foram codificados conforme preconizado pelo serviço. A padronização dos códigos encontra-se a seguir:

| CÓDIGO | CRITÉRIOS PARA A CODIFICAÇÃO |
|---------------|---|
| 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 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração. |
| 3 | Apresenta mais de 8 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 com solução mais indicada. |
| 5 | Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como maior problema. |
| * | Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda. |

Fonte: SMSA – BH

Quadro1: Códigos e critérios de classificação do inquérito de necessidades em saúde bucal.

Todas as crianças e respectivas famílias receberam orientações sobre higiene bucal, dieta e a importância do auto-cuidado. Foi distribuído a todos o KIT de escova e pasta dental.

Depois de realizada a codificação das crianças, priorizou-se o agendamento de acordo com a urgência e maior necessidade de tratamento. Para cada participante foi realizado um planejamento do número de sessões necessárias para concluir o tratamento. Antes da primeira consulta clínica o paciente foi encaminhado para o escovário, onde recebeu a orientação da auxiliar de saúde bucal (ASB) e realizou a higiene bucal supervisionada.

O tratamento clínico estabeleceu como conduta padrão a estratégia de controle das doenças bucais. Inicialmente, foram removidos os focos de infecção ativos presentes na cavidade bucal (exodontias, drenagem de abscessos e pulpotomia), paralisando o avanço da doença. Em seguida, foi realizado o tratamento restaurador atraumático (ART), utilizando ionômero de vidro reforçado. Os dentes anteriores receberam restaurações com resina composta. Foram realizados os procedimentos de raspagem, polimento coronário e aplicação de selantes.

Os pacientes com demanda de tratamento endodôntico foram encaminhados para a atenção secundária. Após o tratamento concluído, conforme o risco, o paciente foi submetido a sessões periódicas de manutenção preventiva.

O segundo levantamento de necessidades foi executado em 2009, após a conclusão do tratamento e obedecendo aos mesmos critérios utilizados no levantamento anterior.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados abaixo os resultados referentes ao gênero, INTO e condição de higiene oral das crianças do Centro de Saúde Dom Orione beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (gráficos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9).

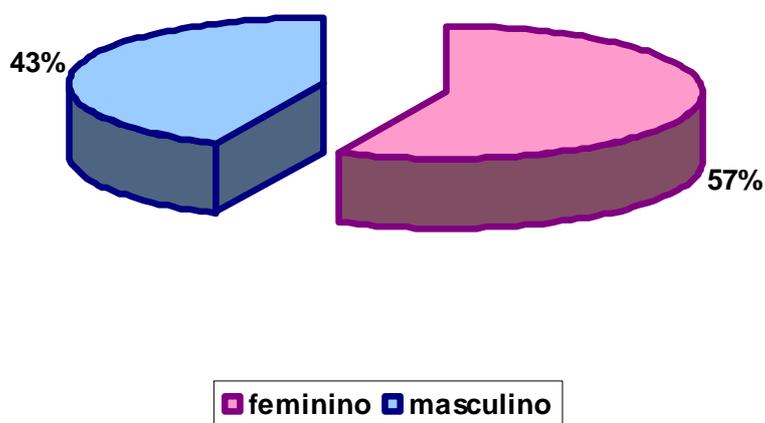


Gráfico 1. Distribuição por gênero das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

Verifica-se que a maioria das crianças que participaram do estudo é do gênero feminino, o que está de acordo com a distribuição do sexo na população em Minas Gerais, quadro que se repete na população brasileira (IBGE,2008).

A maioria dos usuários que frequentam a unidade básica é do gênero feminino. Há estudos que comprovam que o gênero feminino tem estado mais propenso ao auto cuidado e dos seus, levando-os com maior frequência às unidades básicas de saúde (COLLIÉRE, 2000).

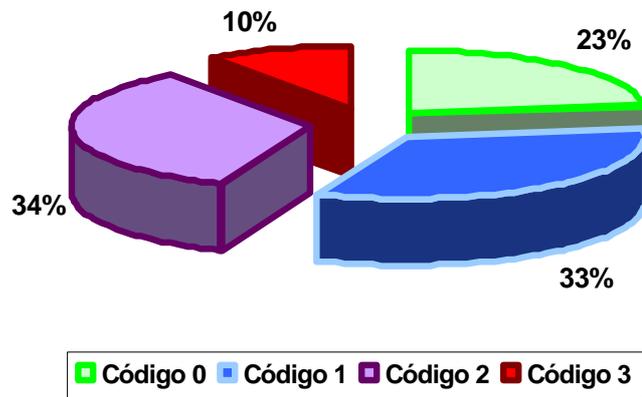


Gráfico 2. Codificação inicial segundo o INTO em 2006, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

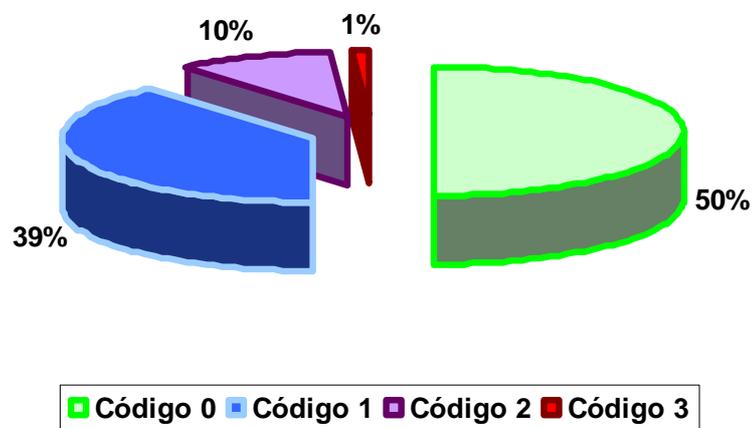


Gráfico 3. Codificação segundo o INTO em 2009, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

Analisando a distribuição dos códigos do levantamento de necessidades inicial, realizado em 2006 (gráfico 2), pode-se observar o predomínio dos códigos 2 e código 1.

A somatória destes dois códigos chegou a 67%. A porcentagem de crianças livres de cárie era apenas de 23%, enquanto 77% tinham necessidade de tratamento. O código 3 representou 10% dos pacientes.

De modo geral, a especial vulnerabilidade ao agravo pode estar associada à maior exposição aos fatores de risco e à privação social. Este quadro pode estar associado ao rompimento com o modelo assistencial que preconizava a presença de profissionais da odontologia em ambientes escolares. Mudança esta ocorrida em meados da década de 90.

Três anos após a execução do tratamento, foi realizado um segundo levantamento de necessidades para avaliar o resultado da intervenção realizada pela equipe. Analisando a distribuição dos códigos (gráfico 3), observa-se o resultado positivo com o aumento do código 0 para 50%. O código 1 com 39% passou a representar a maior demanda para tratamento. Houve a redução do código 2 pra 10% e do código 3 para 1%.

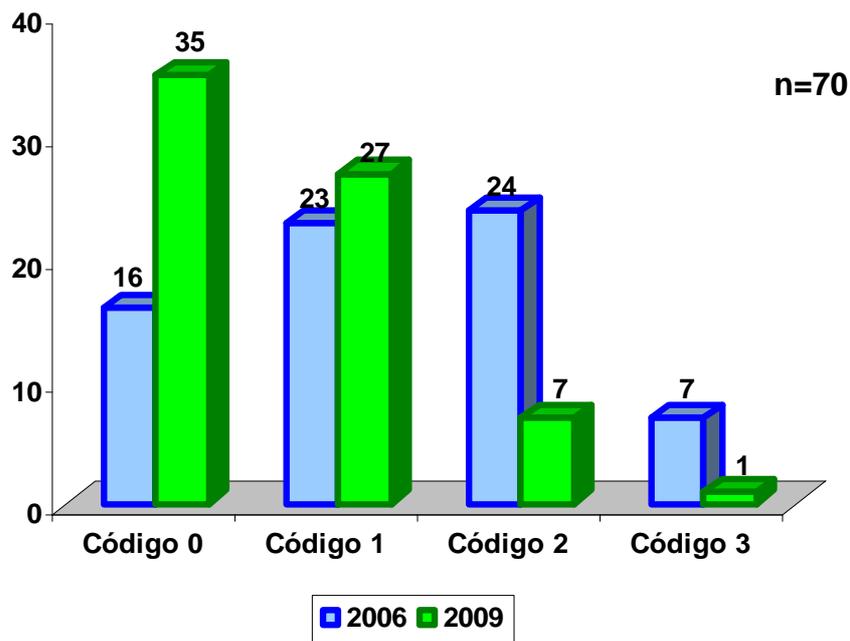


Gráfico 4. INTO em 2006 e 2009, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

O gráfico 4 estabelece uma comparação entre o quadro de necessidade anterior ao tratamento e o posterior à intervenção. Pode-se observar uma melhora significativa na condição de saúde bucal das crianças.

O aumento verificado no código 1 para 39% em 2009, pode estar associado à demanda por tratamento endodôntico na atenção secundária; à falhas apresentadas nas restaurações plásticas e à incidência de novas lesões cáries nos pacientes que apresentaram higiene oral insatisfatória.

Do total de 70 pacientes avaliados no INTO de 2009 apenas um apresentou o código 3, sendo que este foi o único paciente do estudo que não se submeteu ao tratamento.

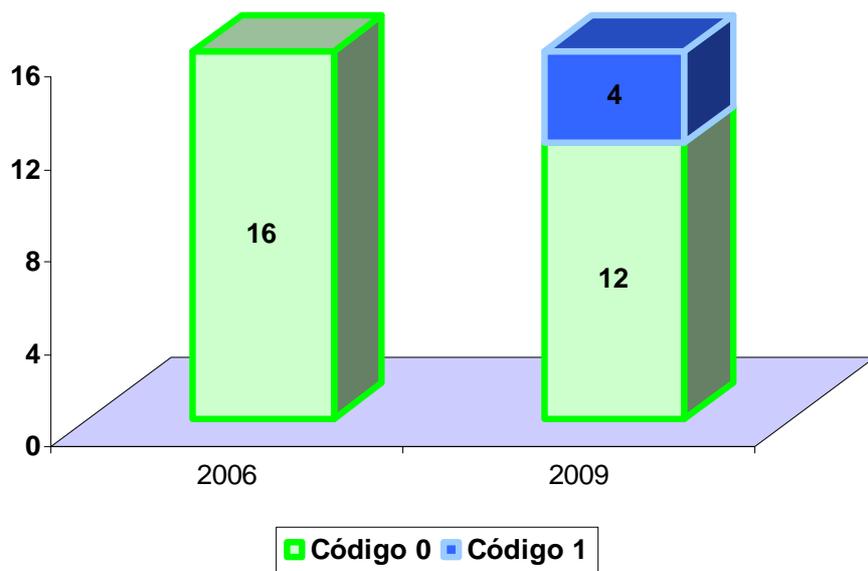


Gráfico 5. Evolução do código 0 segundo o INTO em 2006 e 2009, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

Analisando o gráfico 5, observa-se que no código 0, após a intervenção, a maior proporção dos pacientes, ou seja, 86% manteve-se livre de cáries e apenas 14% sofreu agravo e evoluiu para o código 1.

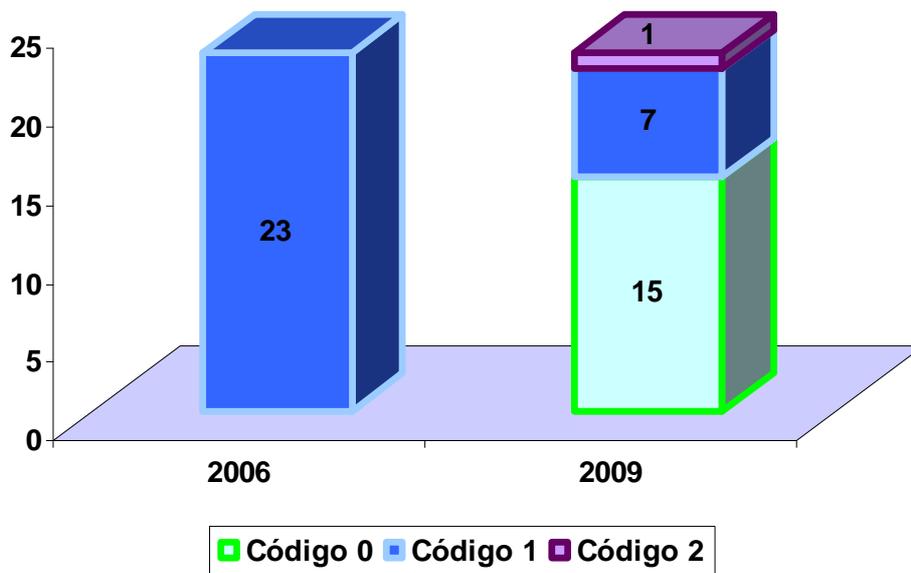


Gráfico 6. Evolução do código 1 segundo o INTO em 2006 e 2009, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

O gráfico 6 demonstra que no código 1, a maior proporção de pacientes após a intervenção conseguiu manter-se livre de cárie, apresentando então, código 0 em 65%. Apenas um paciente teve o seu quadro agravado com o aumento do número de lesões cariosas, passando para o código 2. Este paciente apresentou o quadro de amelogênese imperfeita agravando a sua condição de saúde oral. Os demais 31%, mantiveram-se com o mesmo código.

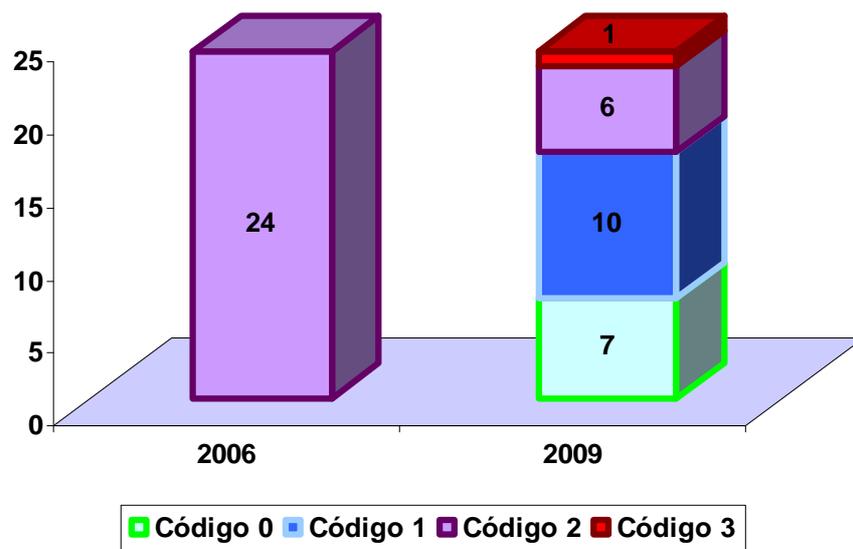


Gráfico 7. Evolução do código 2 segundo o INTO em 2006 e 2009, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

A análise do gráfico 7 mostra que no código 2, após a intervenção, 71% dos pacientes apresentaram melhora do quadro, com a diminuição da codificação para 29% com código 0 e 42% com código 1. Enquanto apenas um paciente apresentou a sua condição de saúde bucal agravada e evoluiu para o código 3. Este paciente não se submeteu ao tratamento odontológico.

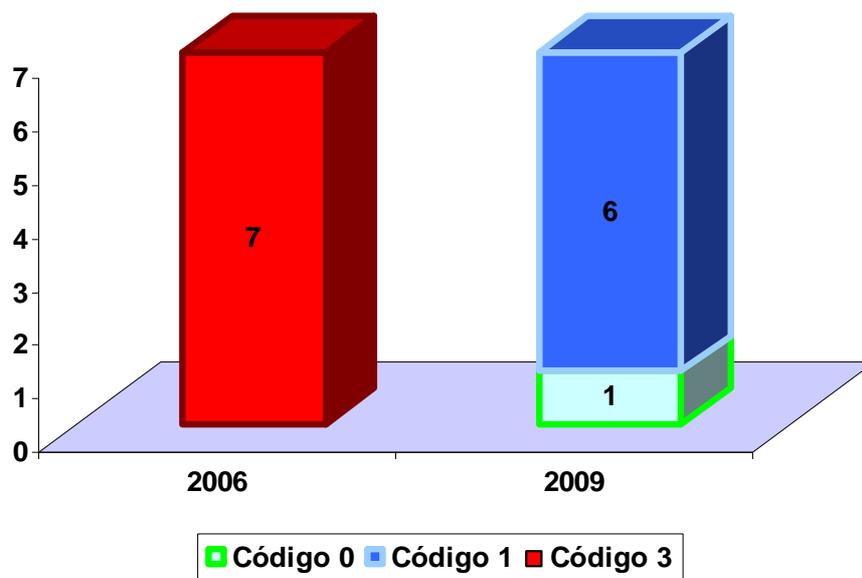


Gráfico 8. Evolução do código 2 segundo o INTO em 2006 e 2009, das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

A análise do gráfico 8 demonstra que no código 3, após a intervenção, 100% dos pacientes apresentaram melhora na condição de saúde bucal, atingindo 86% o código 1 e 14% o código 0.

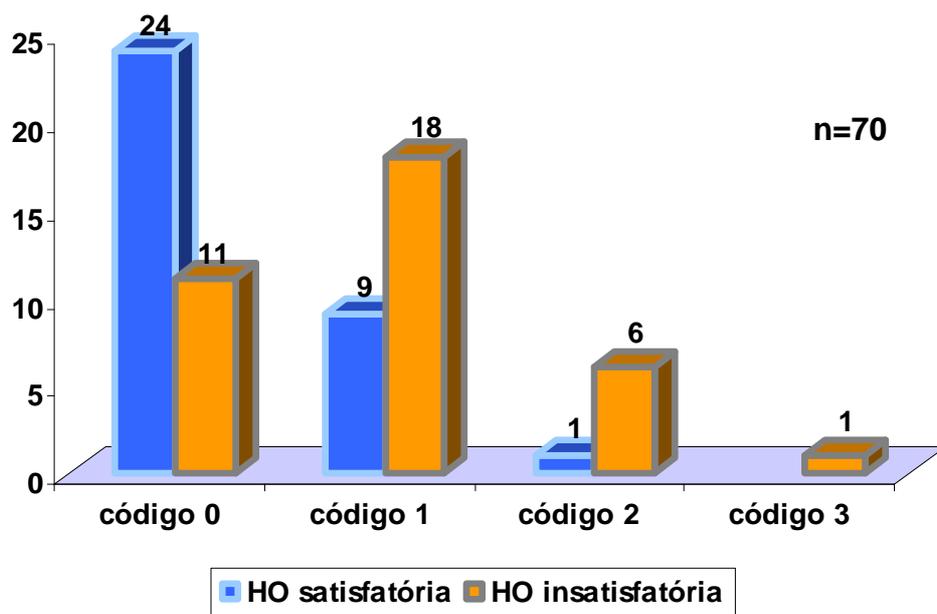


Gráfico 9. Porcentagem das crianças com Higiene Oral (HO) satisfatória e insatisfatória de acordo com os códigos do INTO em 2009, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família da área de abrangência do Centro de Saúde Dom Orione. Belo Horizonte, 2009.

A análise do gráfico 9 demonstra que os pacientes que apresentaram uma higiene oral insatisfatória apresentaram maior número de lesões cáries, agravando a sua codificação.

Verificou-se que dentre as crianças que apresentaram código 0 a maioria apresentou higiene oral satisfatória, corroborando o estudo de Gomes e Silva (2009).

Propõe-se que devemos trabalhar com a população de forma que os indivíduos possam compreender o potencial de se cuidar, sendo mais participativos em relação aos fatores que alteram sua forma de viver. Desta forma, os indivíduos podem ser tornar sujeitos atuantes e co-responsáveis na produção da própria saúde (REZENDE, 2005).

O uso do ART proporcionou o aumento da cobertura curativa, evitando a progressão da doença, garantindo eficácia e resolutividade. Acredita-se que a diminuição da incidência da doença cárie pode estar associada ao maior acesso ao tratamento odontológico, ao direito à escova e dentífrico fluoretado e às ações de promoção de saúde. A possível melhora na qualidade de vida promovida pelo Programa Bolsa Família pode também justificar este fato.

Torna-se marcante o relato de algumas famílias salientando que hoje já não mais participam do programa e que dele abrem mão em benefício de outros mais necessitados.

Apesar dos resultados positivos, faltou ainda à equipe um olhar individualizado para aqueles pacientes com código 2 e código 3, com especial vulnerabilidade ao agravo. Alguns destes pacientes apresentaram distúrbio de comportamento, sendo de difícil abordagem e não aderiram aos procedimentos coletivos. Estes acabaram abandonando o tratamento na unidade de saúde e não compareceram ao tratamento na atenção secundária. Cabe à equipe odontológica somar esforços à equipe de PSF, na tentativa de resgatar estes pacientes através da busca ativa.

É necessário fortalecer a promoção da saúde através da participação concreta da população e dos profissionais que atendem à saúde coletiva. Devem-se propor medidas que estimulem a conscientização dos usuários para incorporar o conceito do auto-cuidado e a construção do valor à saúde bucal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo representou uma oportunidade de avaliação do trabalho da equipe odontológica do Centro de Saúde Dom Orione. Constatou-se de forma gratificante o resultado positivo deste esforço da equipe na melhoria da condição de saúde bucal das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, cumprindo-se o princípio da equidade.

O inquérito de necessidade de saúde bucal mostrou ser um instrumento de utilidade no diagnóstico coletivo, simples e valioso na organização da atenção conforme descrito na revisão de literatura.

Este estudo rompe com o modelo anteriormente adotado que era não sistemático e o acesso por livre demanda. É importante sugerir a continuidade deste trabalho estendendo-o a outros grupos de maior vulnerabilidade como os pacientes da área de risco elevado.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os pacientes que segundo o INTO 2009 apresentaram necessidade de tratamento foram tratados durante o desenvolvimento deste estudo, obedecendo aos mesmos critérios expostos na metodologia.

As famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família passam a receber trimestralmente o kit de escova, pasta e fio dental, além de orientações sobre o auto-cuidado. Está sendo discutido com a equipe a melhor forma para manter a continuidade desta distribuição.

As famílias que ingressarem para o Programa Bolsa Família serão incluídas no mesmo processo, sendo realizado o levantamento de necessidades e o atendimento da demanda de acordo com a codificação.

Analisando o contexto da área de abrangência do CSDO, observa-se elevado número de urgências e a inexistência da ESB dentro do PSF. Diante deste panorama, o setor elegeu como novo desafio desenvolver o mesmo trabalho com outro grupo de grande vulnerabilidade social, os pacientes da área de risco elevado, cumprindo-se o princípio da equidade.

Este projeto consiste em:

1. Apresentação e discussão da proposta com a equipe do CSDO através do Colegiado Gestor local para solicitar sugestões, apoio e parceria.
2. Realização do levantamento de necessidades dos pacientes da área de risco elevado na própria micro-área. Atividade a ser realizada em conjunto com a equipe de PSF e os ACS.
3. Priorização para agendamento de acordo com a maior necessidade de tratamento, segundo o INTO que vai subsidiar o planejamento dos procedimentos individuais e coletivos.
4. Planejamento do número de sessões necessárias para concluir o tratamento de cada paciente.

5. Orientações sobre higiene bucal, dieta e importância do auto-cuidado. Conforme o risco, o paciente será submetido a sessões periódicas de manutenção preventiva.

6. Atendimento dos pacientes de acordo com o protocolo de atenção básica em saúde bucal que estabelece um leque de atividades para controle de doenças bucais.

7. Busca ativa dos pacientes código 3 com especial vulnerabilidade ao agravo.

8. Avaliação do trabalho realizado por meio de novo INTO, desta mesma população da área de risco elevado, três anos após o tratamento.

8 REFERÊNCIAS

1. Araújo, G.X. et al., **A gestão do Programa Bolsa Família em Belo Horizonte: Benefícios, programas complementares e acompanhamento familiar**, Belo Horizonte, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/premio-boas-praticas-de-gestao-2006> Acesso em: Jun. 2009.
2. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da Atenção Básica na Rede Municipal, Gerência de Assistência**, Maio 2006.
3. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. 2004. Disponível em <http://www.mds.gov.br/o_programa_bolsa_familia> Acesso em: jun 2009
4. BRASIL, Ministério da Saúde – **Caderno de Atenção Básica nº 17**, 2008.
5. Castilho, L.S., et al., **Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais. Experiência com pacientes especiais**. Revista do CRO, Belo Horizonte, v.6 n.3, p195-199, Dezembro 2000.
6. Cavalcanti, C.A.T. et al., **O levantamento de necessidades em saúde bucal e as ações de cuidado desenvolvidas nas 11 escolas especiais de Belo Horizonte**, Belo Horizonte ,Jun. 2006 (mimeo).
6. Cavalcanti, C.A.T. et al., **O inquérito de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte**, Belo Horizonte, 2005 (mimeo).

7. Collière, M.F., **Promover a vida: da Prática das mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**, Sindicato dos enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1989.
8. Ferreira, Ângela F.F; Roncalli, A.G.; Lima, K.C; **Saúde Bucal Coletiva: Conhecer para atuar**. Natal. Editora da UFRN, 2004
9. Figueiredo, M.C. **O que é tratamento restaurador atraumático (ART)**. Internet Health company do Brasil S/A Disponível em: <<http://www.medcenter.com-2000>> Acesso em Jun.2009.
10. Figueiredo, M.C.; Slavutzky,S.M.B. **Tratamento restaurador atraumático no Brasil**. Jan. 2004. Internet Health Company do Brasil S/A. Disponível em:< <http://www.medcenter.com-2000> > Acesso em Jun. 2009.
11. Gomes, L.A. et al., **Importância do Programa Bolsa Família no controle da cárie dentária em pacientes da clínica escola de odontopediatria**, Belo Horizonte, 2006
12. Gomes VE, Silva DD. **A importância do controle de placa dental na clínica odontológica**. Arquivos em Odontologia. 2009 *No prelo*.
13. Lucas, S. D. **Cumprimento de algumas metas da OMS para a cárie dentária em Minas Gerais**. Rio de Janeiro, 2004. (Tese de Doutorado)
14. Maia, G.C.T.P.,Sales, M.S.M. **Avaliação do Impacto sobre saúde bucal produzido pelo sistema público odontológico no Centro de Saúde Eldorado. Montes Claros**. Belo Horizonte - ABO - 2001. 68p.

15. Merhy, E. E.; Cecílio, L.C.; Nogueira, F.R. C. **Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde** in Caderno de textos do Curso de Especialização em Odontologia em saúde Coletiva, com Ênfase em Saúde da família, Belo horizonte, Minas Gerais, 2008.
16. Oliveira,E.M.,Spiri,W.C. **Programa Saúde da Família: A experiência da equipe multiprofissional**. Revista Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.40 n.4, p727-733, Abr. 2004.
17. Pinto, V.G., **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos,2008, 5ª edição.
18. Ramos, D.D. &Lima, M.A.D.S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 19, n.1, p. 27-34, 2003.
19. Santos, A. M.et al **Cadernos de Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 75-85, 2007.
20. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Organização territorial dos serviços municipais de saúde em Belo Horizonte**. Maio 2003.