

LIBERATO LUIZ DE FRANÇA NETO

**PLANEJAMENTO: UTILIZANDO O LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL PARA A
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2009**

LIBERATO LUIZ DE FRANÇA NETO

**PLANEJAMENTO: UTILIZANDO O LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL PARA A
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2009**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a minha família pelo apoio. A todos que contribuíram para a execução deste trabalho. À equipe de saúde bucal do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, fundamental para que este trabalho fosse realizado: Alessandra Oliveira, Ariana Rocha e Queila Heckert. À Gisele, colega de trabalho por um breve momento, mas marcante. À nossa gerente, Dayana Ribeiro, sempre disposta a colaborar. Aos nossos agentes comunitários de saúde: Joelma, Josyane, Juliana, Luzia Fabiana e Maura. Ao Prof. Mauro Henrique, nosso orientador e referência para o desenvolvimento deste trabalho.

EPÍGRAFE

“O principal objetivo do planejamento em saúde é a saúde: - contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis”.

Adolfo Chorny

RESUMO

A organização do processo de trabalho em saúde bucal na Atenção Básica é fundamental para suprir adequadamente os problemas e necessidades da população. Este trabalho teve como objetivo organizar o serviço da Equipe de Saúde Bucal 2 (ESB2) do Centro de Saúde Novo Aarão Reis (CS NAR), situado na região norte de Belo Horizonte. Para tal um planejamento foi feito em conjunto entre as equipes de saúde bucal, com a participação dos agentes comunitários de saúde e da gerência da unidade. Num primeiro momento buscou-se conhecer a realidade da saúde bucal da população, através de um diagnóstico. Para isso foi utilizado o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal (LNSB), índice elaborado por cirurgiões dentistas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, para avaliar e codificar as necessidades da população e que serviu de base para o planejamento das ações subsequentes. A análise dos dados foi realizada utilizando o programa EPI INFO versão 3.5.1. Foi feito um comparativo por gênero, idade, prioridade e código de necessidade de tratamento da população avaliada. O resultado mostrou um número pequeno de pessoas sem necessidade de tratamento (22,6%) e que a cárie dentária era o problema mais prevalente. Com relação aos que necessitavam de tratamento, o código 1 foi o mais encontrado e estava presente em 52,3% dos examinados. A partir dos dados levantados foi possível organizar a agenda e após um período de 6 meses de início de atividades analisar os resultados. A utilização do Levantamento de Necessidades (LN) possibilitou o planejamento para a priorização das ações e a consequente organização do serviço. O resultado obtido permite, ainda, traçar novos planos, buscando com isso atender as necessidades e expectativas da população local.

Palavras chave: organização do serviço, planejamento, acesso ao tratamento odontológico, levantamento de necessidades.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB/SB	-	Atenção Básica em Saúde Bucal
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
CS NAR	-	Centro de Saúde Novo Aarão Reis
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
GRAF.	-	Gráfico
LN	-	Levantamento de Necessidades
LNSB	-	Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal
PSF	-	Programa Saúde da Família
SB	-	Saúde Bucal
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TAB.	-	Tabela
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Critérios do índice de necessidades de tratamento odontológico.....	26
QUADRO 2 - Agenda programada, ESB 2, Centro de Saúde Novo Aarão Reis, Belo Horizonte, 2009.....	35

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição do número de usuários que compareceram ao Levantamento de Necessidades por sexo e faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	30
GRÁFICO 2 - Distribuição do comparecimento ao Levantamento de Necessidades por faixas etárias, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	30
GRÁFICO 3 - Distribuição dos códigos do Levantamento de Necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	31
GRÁFICO 4 - Distribuição dos códigos do Levantamento de Necessidades por faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	31
GRÁFICO 5 - Distribuição de livres de cárie do Levantamento de Necessidades por faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Percentual de 1ª consulta odontológica, por prioridade, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	38
TABELA 2 - Distribuição dos agendamentos para 1ª. consulta odontológica, por idade, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009....	39
TABELA 3 - Distribuição dos agendamentos para 1ª. consulta odontológica, por código do levantamento de necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.....	39

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	05
LISTA DE QUADROS.....	06
LISTA DE GRÁFICOS.....	07
LISTA DE TABELAS.....	08
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Planejamento em saúde.....	13
4 METODOLOGIA.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1 Apresentação dos resultados do levantamento de necessidades.....	27
5.2 Planejamento / programação.....	30
5.3 Avaliação.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXO.....	43

1 INTRODUÇÃO

O enfoque na Atenção Primária, percebido no Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente, significa que a lógica do serviço será feita a partir da organização desse nível de atenção. A Atenção Primária à Saúde deve ser a porta de entrada do sistema e a responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde bucal que afetam a população. Uma Atenção Primária à Saúde forte produz impactos positivos na saúde da população e também para a eficiência do próprio sistema (STARFIELD, 2002; MINAS GERAIS, 2006; GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Para a ação da Atenção Primária, é fundamental o processo de territorialização, de forma que sejam definidos um território e uma população adscrita para a atuação da equipe de saúde, o que possibilita a co-responsabilização da equipe pela saúde dessa população, a interação com a comunidade, o cuidado e a vigilância à saúde (MINAS GERAIS, 2006). Dentre as propostas principais de mudança na organização das práticas de saúde, encontra-se a vigilância da saúde entendida como eixo de um processo de reorientação do modelo assistencial do SUS (TEIXEIRA, 1998; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Vigilância à Saúde é uma prática contínua de detecção de danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde articulada a um esquema operacional que faz os encaminhamentos necessários. A partir da detecção de risco é possível se planejar ações que possam lidar com os problemas levantados, entre elas, políticas públicas saudáveis, ações

intersetoriais e intervenções locais específicas como ações educativas, prevenção, tratamento e recuperação (MINAS GERAIS, 2006). A Vigilância à Saúde traz a proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Essas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (MONKEN e BARCELOS, 2007).

A Vigilância à Saúde implica investir na reorganização da Atenção Primária e de desencadear um processo de reordenação das práticas em saúde tendo como foco a população adscrita e como principal eixo o processo de identificação e priorização de problemas dos grupos dessa população. A partir disso, espera-se a articulação de operações ou ações que integrem promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde com o objetivo de enfrentar os problemas selecionados de maneira contínua e sustentada (TEIXEIRA, 1998).

Como para a organização do serviço de saúde é necessário um planejamento que permita identificar e a partir daí resolver os problemas levantados, a falta de conhecimento da realidade de saúde bucal da população adscrita ao CS NAR fez-se necessário um planejamento e traçar estratégias para desenvolver ações que promovam a equidade.

2 OBJETIVO

É atribuição de todos os profissionais integrantes da Equipe de Saúde Bucal (ESB) organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do plano de saúde municipal e participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família, identificando as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal (BRASIL, 2001).

Enfocar o planejamento adaptado ao nível local de saúde tem se tornado uma necessidade devido à urgência de se avançar na descentralização do SUS, e garantir o fortalecimento da Atenção Primária (ARTMANN; AZEVEDO; SÁ, 1997).

Desta forma é importante conhecer a realidade de saúde bucal da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). Por isso a decisão da ESB do CS NAR promover um movimento com o objetivo de organizar o serviço de saúde bucal. Esse movimento teve como resultado este trabalho e foi realizado com a parceria do Curso de Especialização em Saúde Coletiva oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais em convênio com a PBH na forma de um projeto de intervenção.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os profissionais do PSF, como responsáveis pela prática da Atenção Primária devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações capazes de suprir suficientemente as necessidades da comunidade, articulando-se com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (L'ABBATE, 1994).

O planejamento e programação das ações devem ser entendidos como diretrizes e são ferramentas para a organização do trabalho das equipes. Eles pressupõem grande esforço de organização interna e do trabalho por parte das equipes, estabelecimento de objetivos e amplo conhecimento da situação de saúde da população (BELO HORIZONTE, 2006a).

3.1 Planejamento em saúde

Segundo Chaves (1986) *o planejamento é um processo decisório e constitui um processo de mudança social*. Planejamento é um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. São decisões direcionadas para atingir um objetivo específico.

Planejamento pode ser definido como o processo lógico através do qual se procura prever acontecimentos futuros de maneira racional. A planificação, embora olhe para o futuro, diz respeito ao presente, às ações e decisões do presente que influenciarão o futuro (PINTO, 2008).

O planejamento deve ser a resposta organizada destinada a atuar sobre as causas e/ou consequências do problema, prevenindo-as, controlando-as ou minimizando seus efeitos (CHAVES, 1986).

O planejamento é útil na organização das ações e serviços de saúde permitindo uma análise dos problemas e a busca por respostas, criando a possibilidade de, a partir da compreensão da realidade elaborar propostas capazes de trazer solução. O resultado inicial do planejamento deve ser um plano de ação (BRASIL, 2006).

Seguindo-se ao conceito de planejamento tem-se a programação que pode ser entendida como um instrumento de gestão local que orienta a organização dos serviços, na medida em que estabelece as ações a serem realizadas no centro de saúde, pelas equipes locais, visando à atenção integral à população sob sua responsabilidade (BELO HORIZONTE, 2006a).

É importante levar em consideração o viés lógico e racional do planejamento, no entanto, para a construção da Vigilância da Saúde é importante a utilização de um enfoque que incorpore como objeto de intervenção os problemas de saúde e seus determinantes. Planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde em um território específico exige um enfoque estratégico. Este enfoque leva em conta o maior número de variáveis possível. No território busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades e também dos meios que venham a suprir de maneira efetiva as necessidades de saúde da população. Para isso é necessário o conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que aí residem, bem como das formas de organização e de atuação dos diversos órgãos

governamentais e não governamentais, para que se possa ter visão estratégica (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

O planejamento pode ter uma representação circular ou espiral demonstrando que não possui um final, mas sempre se reinicia a cada avaliação. O planejamento é um processo contínuo constituído por uma série de etapas inter-relacionadas que interagem dinamicamente. O termo instância talvez se encaixe melhor para descrever cada elo que forma a corrente do planejamento (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

Diversos autores apresentam propostas metodológicas para o processo de planejamento. A proposta apresentada terá por base uma síntese das metodologias de alguns autores contemporâneos e instituições como a Organização Mundial de Saúde, apresentada por Pinto, que consiste em quatro instâncias: Diagnóstico; Hierarquização de Problemas; Programação e Avaliação (PINTO, 2008).

A primeira instância é o diagnóstico ou Compreensão da Realidade. O diagnóstico consiste em se obter informações que permitam esmiuçar a realidade em seus componentes significativos e conhecer a situação com o objetivo de conhecer e compreender o problema ou a realidade sobre o qual se vai planejar. (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

A rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento (BRASIL, 2006).

A Epidemiologia se torna a grande aliada do processo de planejamento nessa fase, sendo a utilização da epidemiologia o princípio para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).

Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde. Ela deve estar inserida nas estratégias de planejamento e avaliação realizadas pelos serviços de saúde como fornecedora de subsídios para o planejamento (RONCALLI, 2006).

O uso da epidemiologia é muito importante para o diagnóstico e monitoramento das condições bucais da população, e os levantamentos epidemiológicos devem ser realizados com esse intuito e também para subsidiar o planejamento e a avaliação da atenção (MINAS GERAIS, 2006).

Esse processo precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações. Ela, não deve ser apenas uma etapa estanque anterior à realização das ações, mas deve permear o cotidiano dos serviços de maneira transversal. No entanto, no Brasil, a epidemiologia tem sido utilizada de maneira tímida pelos serviços de saúde bucal (RONCALLI, 2006).

A SMS de Belo Horizonte tem como diretriz para a atenção básica a organização de ações oportunas para aprofundar a análise de situações específicas do município. Ela toma como referência epidemiológica os resultados do SB Brasil 2003, mas direciona o serviço para a utilização do Levantamento de Necessidades (BELO HORIZONTE, 2006a e 2006b).

O levantamento de necessidades é um instrumento de vigilância epidemiológica, criado pelos trabalhadores da rede SUS BH como recurso de planejamento local, que mede as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Tem a finalidade de subsidiar planejamento das ações de saúde bucal tais como: o agendamento para o atendimento individual e os procedimentos coletivos (BELO HORIZONTE, 2008).

Através da realização de levantamentos de necessidades imediatas e a avaliação de risco, os serviços de saúde bucal podem conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto as medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos. Ele é realizado através de um exame visual simples da cavidade oral e o registro do dado obtido através da codificação vigente, utilizada posteriormente para a tomada de decisões na assistência à saúde. Ele deve ser realizado nos espaços de intervenção existentes, como forma de identificar a polarização da doença e os indivíduos/grupos com maior necessidade (BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2008).

A segunda instância se trata da hierarquização dos problemas e definição de prioridades, já que o diagnóstico, via de regra, não produz um, mas vários problemas. Os problemas com maior importância, ou seja, os nós críticos, precisam ser identificados. Esses problemas, ao serem solucionados ou atenuados, causarão uma modificação favorável na situação. No momento de definir as prioridades deve ser levado em conta de maneira equânime aspectos ligados à situação epidemiológica, social, cultural, administrativa e econômica. Devem ser levados em conta os valores específicos do território, o conjunto de

fatores situacionais que incluem as necessidades sentidas da população, a morbidade, os custos, a viabilidade das operações, entre outros, que podem modificar um problema acentuando-o ou atenuando-o. Com base nisso essa instância se encerra com a decisão política básica e o estabelecimento das diretrizes estratégicas que apoiarão o plano. A determinação de prioridades não significa exclusividade, mas ênfase, ou seja, os problemas colocados em posição primária receberão mais tempo e recursos para sua solução e os colocados em posição secundária receberão menos tempo e recursos para isso. Ela é consequência imediata da compreensão crítica da realidade. (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

A instância posterior vem como consequência das anteriores e é a fase de maior importância relativa. Ela se trata da elaboração do plano e da programação em si e de sua colocação em prática. É a instância essencial, pois não existe planejamento sem plano e nem plano sem a execução. Ao elaborar e executar o plano ou a programação os objetivos e diretrizes definidos devem ser seguidos e estabelecidas ações que busquem a resolução dos nós críticos estabelecidos na instância da hierarquização. Para a execução, um item importante é a governabilidade. A governabilidade do programa, ou a capacidade da equipe colocá-lo em prática, depende do tipo e do custo da ação proposta, mas também dos recursos humanos e de todas as pessoas envolvidas (CHAVES, 1986).

A instância do monitoramento e avaliação fecha o ciclo do planejamento. É uma fase essencial do planejamento, pois permite o retorno necessário para a introdução de ajustes no plano e também para formulação de planos melhores no futuro. Planejar é um processo permanente, o que garante a

direcionalidade das ações desenvolvidas, corrigindo os rumos em busca dos objetivos propostos. A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório da equipe de saúde subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações, percebendo as necessidades de incorporação ou abandono de práticas e medindo o impacto das ações sobre a saúde da população (BRASIL, 2006).

O planejamento não deve ser um plano estático, que não permita a releitura, a atualização e a reorientação. As ações devem ser acompanhadas para que correções possam ser feitas e avaliadas para que se saiba se os objetivos foram atingidos (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

A avaliação deve ser incorporada à rotina dos serviços com vistas ao fortalecimento e/ou desenvolvimento de capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, para adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão (FELISBERTO, 2004).

Sistema de Informação em Saúde é o sistema que fornece os dados para planejamento, monitoramento e avaliação do serviço, nos três níveis de gestão; fornece dados para a construção de indicadores de saúde, que são elaborados a partir dos dados disponibilizados no sistema de informação pelos municípios, os quais são utilizados para avaliação da atenção em saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Os resultados da avaliação devem ser pertinentes com os objetivos do programa e para isso ela deve ser clara e sistematizada. O monitoramento das ações deve acontecer de forma contínua e sistematizada, por meio de indicadores adequados, selecionados de acordo com os objetivos propostos. Em conjunto

haverá então um sistema de indicadores que deve conter componentes para coleta, processamento, análise de dados transformando-os em informação, mas também deve incorporar o componente de decisão e controle. Isto é o sistema de informação (CHAVES, 1986; MINAS GERAIS, 2006; PINTO, 2008).

Esses sistemas são importantes tanto para o diagnóstico como para o monitoramento e a avaliação e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais. Além dos sistemas de informação de preenchimento obrigatório os municípios podem criar, a partir de suas necessidades, outras ferramentas que possibilitem uma avaliação mais detalhada das equipes de saúde e que possibilite a discussão dentro dos parâmetros pré-estabelecidos (BRASIL, 2006).

Há quatro indicadores definidos através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, em 2006 para a área de saúde bucal: cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, e a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção primária (BRASIL, 2006).

Neste trabalho será mais considerado o indicador da cobertura de primeira consulta odontológica programática, que é o de acesso e se trata do percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente,

elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Ele será usado como medida de inclusão de indivíduos no serviço de saúde bucal.

4 METODOLOGIA

O bairro Novo Aarão Reis, localizado na região norte de Belo Horizonte-MG situa-se às margens da rodovia MG-20 e do Ribeirão do Onça. O local era uma fazenda, Chácara Novo Aarão Reis, que foi desativada e invadida por pessoas que não tinham onde morar. Levantaram ali seus barracos sem infraestrutura, expostos a inundações e doenças. Após alguns anos, a população conseguiu a doação dos terrenos pela Prefeitura e também uma ajuda para a construção de casas. A partir daí, o bairro cresceu gradativamente, aumentando o número de áreas invadidas e construções em locais de risco. A divisão territorial foi baseada na localização geográfica e pela própria história de criação do bairro. É uma comunidade empobrecida, marcada pela violência, que em muitos casos vive em condições precárias e com baixos níveis de escolaridade.

O CS NAR atende a uma população estimada de 10 mil habitantes. Foi inaugurado em 01/07/2008, sendo que sua construção se deu por um movimento populacional, através do Orçamento Participativo (OP) 2003/2004 da PBH. A unidade está na parte central de sua área de abrangência e tem, no primeiro pavimento, salas de reunião, administração, gerência e multiuso, vestiários, refeitório, almoxarifado, sala de zoonose e estacionamento. No segundo pavimento são dez consultórios médicos, salas de recepção, de espera, de enfermagem, de observação, de vacina e de coleta, salas de higienização e de curativo, farmácia, instalações sanitárias, escovário e consultório odontológico com 4 equipes. Possui 2 equipes de PSF e 2 ESB modalidade I e cada equipe está responsável por 5 micro-áreas.

A população do bairro antes da inauguração do CS NAR, não tinha assistência odontológica efetiva local e seu atendimento era prestado em dois centros de saúde vizinhos, o que representava uma dificuldade de acesso ao serviço devido à necessidade de um deslocamento maior. Isso aliado ao fato de que ao receber a primeira ESB o CS NAR ainda não estava equipado para o atendimento clínico, e a equipe juntamente com a gerência da unidade, decidiu iniciar um processo de organização do serviço através do LN da população e do planejamento das ações.

Um planejamento inicial foi feito de maneira conjunta entre as ESB, os ACS e a gerência da unidade, com base no Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal (Protocolo AB/SB) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH). Neste planejamento foi decidido realizar um diagnóstico da área através do LN preconizado pela secretaria de saúde do município. Este índice foi elaborado por Cirurgiões-Dentistas da PBH para orientar o acesso aos serviços através da triagem de grandes grupos populacionais. Ele permite a detecção de grupos prioritários para atendimento, com baixo custo podendo ser realizado inclusive por pessoal auxiliar. Há poucos trabalhos utilizando este índice, mas ele é considerado por alguns autores como satisfatório e eficaz para uma rápida coleta de dados e triagem de pacientes de acordo com o grau de urgência, embora permita apenas uma avaliação superficial da condição bucal. Para a obtenção deste índice um exame simples é feito no paciente com a identificação visual de lesões cariosas e periodontais aparentes. Dessa forma, cada paciente recebe um código, de acordo com os critérios descritos no Protocolo AB/SB (QUADRO 1), que o classifica de acordo com sua principal necessidade. (CASTILHO, 2000; BELO HORIZONTE, 2006b; DUMONT, 2008).

QUADRO 01

Critérios do índice de necessidades de tratamento odontológico

CÓDIGO 0	Não apresenta dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 1	Apresenta até três dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 2	Apresenta de quatro a oito dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 3	Apresenta mais de oito dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 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
CÓDIGO 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: BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal.** 2006b.

Uma desvantagem desse índice, para a organização do atendimento clínico, está no fato que ele apresenta apenas a quantidade de dentes doentes, mas não o estágio da doença. Um paciente código 01 pode apresentar um estágio mais avançado da doença cárie, com maior envolvimento dentinário, que um outro paciente código 02 ou 03. Como era esperado um grande volume de necessidade de atendimento, foi elaborado um critério de prioridade para o índice, onde os quadros de urgência detectados pelos profissionais onde não houvesse queixa do paciente eram considerados “prioridade média” e quando o paciente apresentava queixa era considerado “prioridade alta” e os demais “prioridade baixa”. Dessa forma desejava-se garantir que quadros mais avançados e

urgências fossem detectados para atendimento prioritário independente do código.

Neste planejamento foram pactuadas datas para a coleta dos dados que foi organizada por micro área. Também foi realizado um treinamento com os ACS para garantir uma boa execução do projeto. Foram preparadas planilhas para lançamento dos dados a serem coletados (ANEXO 1) e estas foram distribuídas para os agentes comunitários de saúde. Estes, por sua vez, convidaram a população a comparecer ao Centro de Saúde em dia e hora marcados de acordo com a pactuação feita. Os nomes das pessoas convidadas foram anotados nas planilhas de acordo com o endereço e todas as pessoas encontradas nas residências foram convidadas a fazer parte do levantamento. As pessoas que compareceram foram recebidas em espaço reservado, onde foi feita a codificação, pelos dentistas das equipes, como planejado.

Com a informação coletada, o próximo passo foi analisá-la. Para tal foi utilizado o programa de computador EPI INFO versão 3.5.1 onde uma planilha personalizada foi montada e os dados lançados. Após isso foi feita a análise dos dados para obter um diagnóstico da necessidade de tratamento odontológico da população que compareceu ao levantamento, através de cálculo de proporção. Foi realizado cálculo de proporção do comparecimento de acordo com gênero e idade e do índice de acordo com gênero, idade, prioridade e necessidade sentida. Para a definição de prioridade foi considerada a avaliação profissional e para a definição de necessidade sentida foram considerados os relatos de sintomatologia, em sua maior parte dor.

Para a construção da agenda, protocolos técnicos podem contribuir

para a definição de prioridades. No entanto, ela deve estar pautada nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos da área de abrangência da unidade de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal (BRASIL, 2006). Através dos dados obtidos e seguindo as diretrizes do Protocolo AB/SB da SMS-BH foi realizada uma programação que resultou na construção de uma agenda para a saúde bucal no CS NAR.

Foi feita, em seguida uma revisão nas planilhas do EPI INFO para o lançamento dos resultados obtidos com a execução das ações que iniciaram-se logo após a construção da agenda e da conclusão do consultório odontológico. Durante o tempo de execução houve uma grande demanda espontânea pelos serviços de saúde bucal, então a ESB 2, através do acolhimento e utilizando a codificação, incluiu esses usuários nas ações programadas.

Os resultados foram então registrados e após seis meses avaliados pela ESB 2, através de comparação para checar se a programação foi suficiente para suprir as necessidades de tratamento odontológico da população.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apresentação dos resultados do levantamento de necessidades

A procura total foi de 1120 usuários, sendo 824 pessoas que compareceram ao LN e 296 incluídos através do acolhimento na UBS, após o término do LN.

Dos usuários que compareceram ao serviço, 64,8% são do sexo feminino, 35,2% do sexo masculino. Como demonstrado pelo GRAF.1, a discrepância entre os sexos entre crianças é pequena e começa a crescer a partir da faixa etária de adolescentes e é ainda maior entre adultos e idosos. Entre adolescentes, o sexo feminino representa 65% das pessoas e do sexo masculino 35%. Entre adultos (entre 20 e 59 anos) as mulheres representaram 75,3% e os homens 24,7% do total. E entre os idosos a mulheres representam 87,7% e os homens 12,3% do total de pessoas.

Durante a realização do LN, notou-se maior comparecimento de mães, avós e cuidadoras e as crianças sob sua responsabilidade. Essa impressão foi confirmada pela distribuição encontrada no comparecimento por faixa etária e gênero conforme especificado no GRAF. 2. A faixa etária com maior índice de comparecimento foi a de adultos entre 20 e 59 anos, com 47,3%. Em segundo lugar vieram as crianças entre 6 e 12 anos representando 23,9% do total de comparecimentos. Em seguida se encontram as crianças até 5 anos representando 13,1% dos comparecimentos. O total de crianças até 12 anos representou 37% do total. O comparecimento de idosos foi muito pequeno, representando apenas 4,4% do total de pessoas.

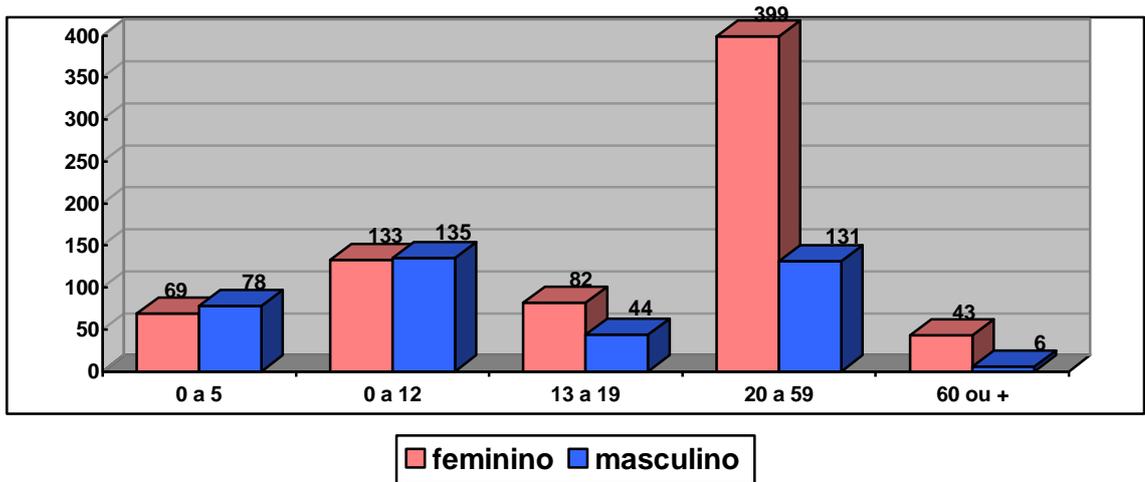


Gráfico 1: Distribuição do número de usuários que compareceram ao Levantamento de Necessidades por sexo e faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009

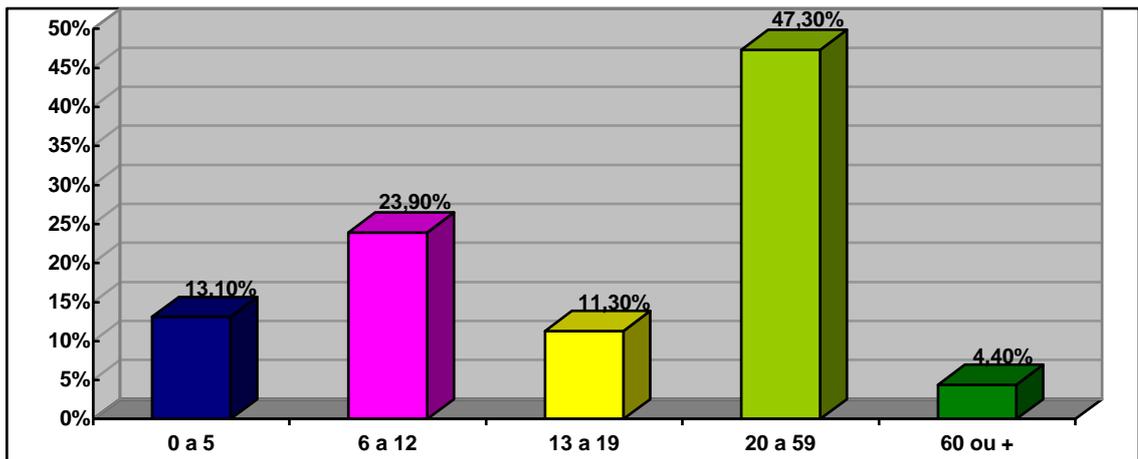


Gráfico 2: Distribuição do comparecimento ao Levantamento de Necessidades por faixas etárias, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.

De acordo com os GRAF. 3 e 4, o percentual de pessoas sem necessidade de tratamento foi de apenas 22,6%. Esse percentual é menor que o encontrado entre os índios Xakriabá, que foi de 37%, em estudo recente realizado de maneira semelhante a este (DUMONT, 2008). O GRAF. 5 demonstra a queda do número de pessoas livres de cárie à medida que avançam as faixas etárias. O código mais comumente encontrado em todas as faixas etárias é o código 1. O

código 2 é também presente em todas as faixas de maneira mais tênue. O código 3 foi encontrado em um pequeno percentual de pessoas, mas está concentrado principalmente nas faixas etárias de crianças menores de 5 anos e adultos.

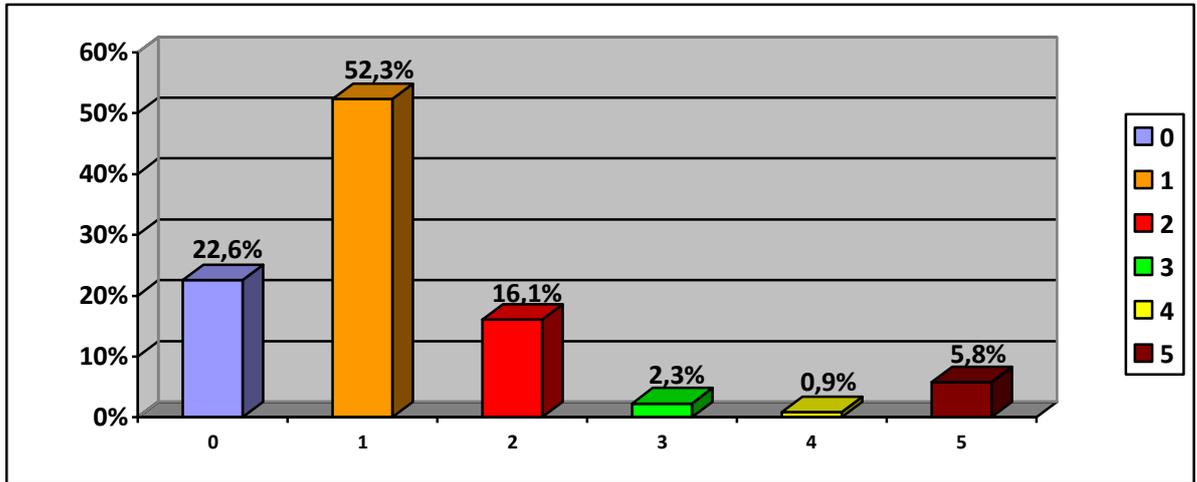


Gráfico 3: Distribuição dos códigos do Levantamento de Necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009

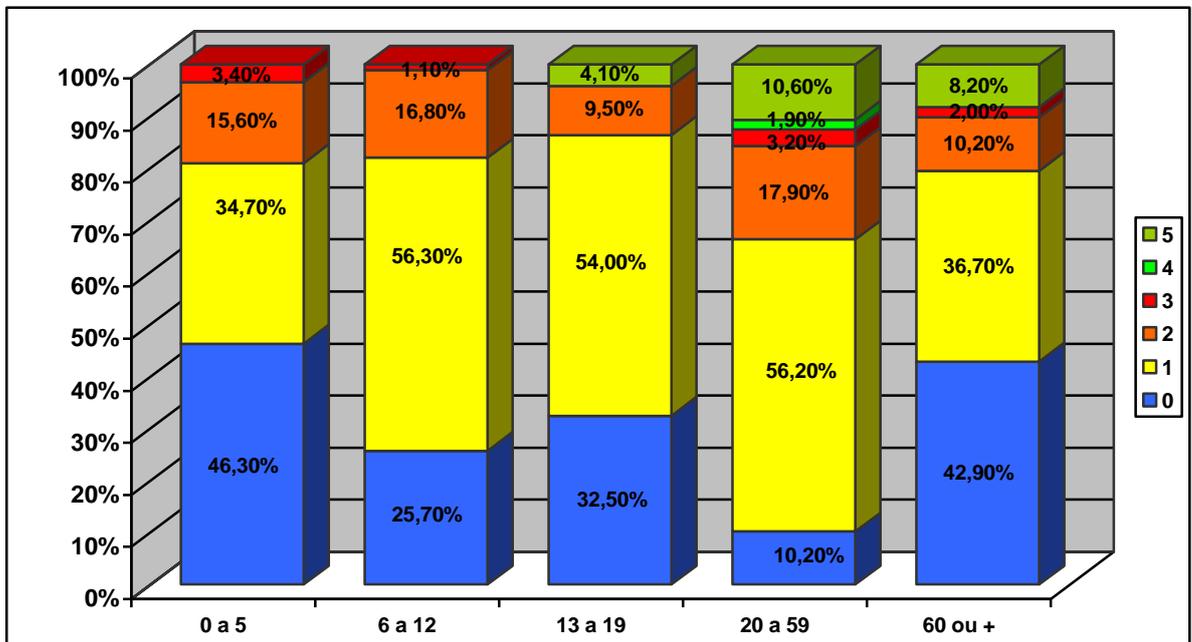


Gráfico 4: Distribuição dos códigos do Levantamento de Necessidades por faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.

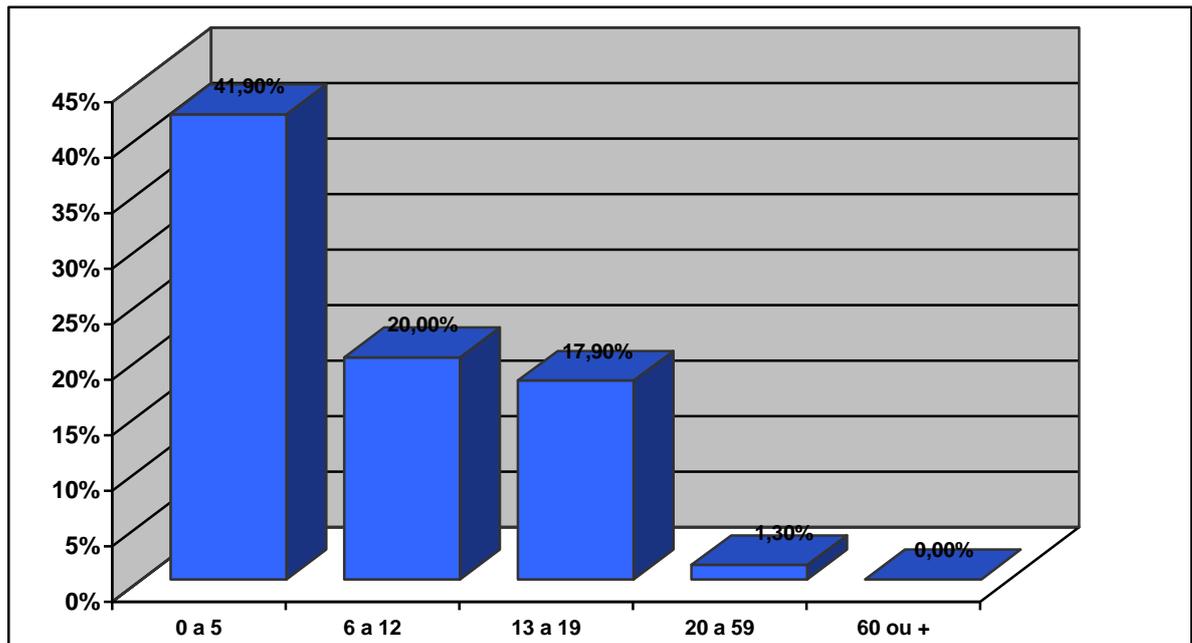


Gráfico 5: Distribuição de livres de cárie do Levantamento de Necessidades por faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009.

5.2 Planejamento/programação

Dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde bucal no seu cotidiano, a organização da demanda, e a conciliação de demanda programada e espontânea, em especial nas atividades assistenciais, se tornou um dos principais. A organização da assistência deve abranger ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada (BRASIL, 2006).

Com o início das atividades clínicas, após a realização do LN, os usuários não deixaram de procurar as ESBs com suas demandas diariamente. Neste sentido, a ESB 2 através do acolhimento da demanda espontânea, manteve aberta a porta de entrada no serviço. O acolhimento pode ser uma estratégia para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da

população. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente (BRASIL, 2006).

Esse acolhimento seguiria o padrão do levantamento, com a codificação de acordo com o LN, com a priorização de atendimento das urgências, inclusive reservando tempo na agenda para esse fim. A urgência, se tornando um importante critério de priorização, torna-se um momento importante para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

O atendimento das urgências priorizaria casos onde o usuário passava por um momento de dor ou sofrimento, caracterizando um caso agudo, no qual o usuário teria atendimento imediato. Outras questões urgentes, mas não agudas, dependeriam, então, do caso, da disponibilidade e da demanda do dia, podendo ser atendidas de imediato ou agendadas, a critério da equipe, levando-se em conta a situação do usuário. A procura pelo acolhimento, no entanto, foi muito grande havendo muitos casos de urgência. Isso dificultou o trabalho causando, inclusive pressão sobre a equipe o que prejudicou os critérios de agendamento.

A atenção programada é a atenção, na unidade de saúde ou domiciliar, a pessoas que compõem um grupo priorizado. A priorização significa definir quem serão as pessoas ou grupos a serem incluídos inicialmente no atendimento individual programado, de forma a receber a atenção integral de que necessitam e qual critério será usado. As ações programadas de assistência devem partir da avaliação de risco de adoecimento, que deve ser realizado por profissional da saúde que identifica os usuários que necessitam de atenção priorizada. Os critérios de vulnerabilidade utilizados para a priorização podem partir do risco

social das famílias, de levantamentos de necessidades em saúde bucal e de condições sistêmicas sobrepostas. A aplicação do princípio da equidade significa priorizar a atenção àqueles com maior necessidade, e, nesse sentido, torna-se importante definir quem são as pessoas ou grupos que necessitam de uma atenção imediata (BRASIL, 2006; MINAS GERAIS, 2006).

O Protocolo AB/SB estabelece como diretriz a organização do processo de trabalho da ESB com um mínimo de 80% do tempo voltado para ações clínico-assistenciais. Na análise dos dados a ESB 2 percebeu que ações assistenciais eram prioridade. Na programação feita, pela grande necessidade de ações assistenciais, a ESB 2 decidiu manter mais que a carga horária mínima para esse fim, definindo-se que 92,5% do tempo da agenda seria voltado para acolhimento e atendimento clínico, programado ou de urgência.

Os dados mostraram, também, que as diferentes faixas etárias ou ciclos de vida, possuíam níveis de necessidades diferentes. Dessa forma, a agenda foi organizada conforme o QUADRO 02 dividindo-se os dias de atendimento por ciclo de vida. Por exemplo: os adultos nitidamente precisariam de mais tempo para ações assistenciais e crianças de 0 a 5 anos de ações assistenciais focadas para uma realidade da polarização da doença cárie. Os agendamentos foram feitos a partir das informações colocadas no EPI INFO seguindo além dos critérios de ciclo de vida, também de prioridade e código.

Para que haja bons resultados no planejamento é necessário que ele seja primeiramente aceito pelas pessoas a quem ele envolve. Para que o planejamento atinja o seu fim é importante ganhar a equipe, torná-la participante, construindo a interdisciplinaridade, o que se torna então um desafio posto às ESF.

Mas além da equipe a participação do usuário também é uma peça chave, pois sua aproximação traz ao serviço a chance de construir com ele a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas, o que afinal é o objetivo primeiro de todo esse trabalho (CHAVES, 1986; BRASIL, 2006).

Não houve possibilidade de discussões com toda a ESF por não haver integração suficiente e existir pouca possibilidade de articulação para uma programação conjunta. No entanto foi tentado manter na agenda o vínculo com a ESF, na tentativa de resguardar o trabalho interdisciplinar. Dessa forma uma tarde na semana foi reservada para atender as demandas da ESF, como pré-natal, acompanhamento de diabéticos e cardiopatas e visitas domiciliares. A participação do usuário foi impossibilitada pela não existência de conselho local de saúde na unidade.

QUADRO 02

Agenda programada, ESB 2, Centro de Saúde Novo Aarão Reis, Belo Horizonte, 2009

AGENDA SEMANAL					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
ACOLHIMENTO					
Manhã (7 às 12)	Adultos	Crianças 2 (6 a 12 anos)	Adolescentes	Adultos	Adultos
Tarde (13 às 18)	Adultos	Crianças 2 (6 a 12 anos)	Crianças 1 (0 a 5 anos)	Extra-clínico	Equipe

5.3 Avaliação

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde (FELISBERTO, 2004).

A ESB 2, partindo desse princípio, incluiu no seu processo de planejamento o tempo de avaliação das ações com vistas a reorientar o processo de acordo com os resultados obtidos.

O Ministério da Saúde definiu algumas estratégias para alcançar a avaliação na atenção básica entre elas a dinamização do Pacto de Indicadores da Atenção Básica como elemento norteador da formulação da programação das ações, a exploração dos sistemas de informação e outras fontes de dados produzindo-se indicadores e analisando e a construção de instrumentos que permitam o uso mais sistemático da informação pelas equipes de saúde e gestores do sistema (FELISBERTO, 2004). No entanto os indicadores da saúde bucal ainda são falhos e mensuram pouco do que os serviços necessitam para um real monitoramento que sirva para ações de vigilância à saúde. “A vigilância em saúde bucal tem sido tema de discussão atual, assim como a necessidade de se definirem indicadores que contemplem as principais doenças e agravos bucais e faixas etárias mais abrangentes, assim como impacto na qualidade de vida, juntamente com metodologias de levantamento de dados” (MINAS GERAIS, 2006). Por esse motivo a ESB 2 ampliou os indicadores buscando obter mais

informações sobre o próprio serviço e suas ações. Enquanto a produção padrão da PBH computa apenas números de 1ª consulta e Tratamento completado sem especificações de idade ou risco, a equipe utilizando o EPI INFO analisou esses dados acrescentando a eles essas informações e mais dados como absenteísmo e abandono de tratamento entre outros. Os municípios devem investir na utilização de indicadores ou instrumentos para monitoramento e avaliação de suas ações em saúde bucal, de forma a avançar no processo de melhoria da qualidade da atenção prestada (MINAS GERAIS, 2006).

As informações inseridas no EPI INFO produziram resultados, que serão agora apresentados baseados no número de pessoas incluídas nas ações da ESB e não no número de atendimentos.

Do total de examinados, 25,2% teve uma consulta agendada sendo que 19,8% do total compareceu à Primeira Consulta e 5,36% faltaram. Do total de examinados, 8,8% necessitou de atendimento de urgência. Do total de examinados, 14,7% teve seu tratamento completado e 5,1% abandonou o tratamento ou está aguardando exame complementar ou liberação médica.

Do total de agendados 63% foram provenientes do LN realizado e 37% do acolhimento. Dos que tiveram 1ª Consulta, 74 % tiveram o tratamento completado, 16% abandonaram o tratamento, 6% está aguardando exame complementar ou liberação médica e 4% ficaram sem registro. A taxa de absenteísmo foi de 21% dos agendamentos de 1ª consulta.

Os casos mais graves foram priorizados, na medida do possível, de acordo com a TAB. 01. A ESB 2, tendo sofrido uma grande pressão no acolhimento diário, teve o controle do agendamento dos pacientes prejudicado,

tanto no que concerne aos já registrados no levantamento em detrimento aos que compareceram posteriormente no acolhimento, quanto às prioridades. No entanto mesmo assim é possível notar que o percentual de agendamentos de prioridade alta e média foi expressivo, o que corrobora para a utilidade do método para organização da demanda, com o objetivo de reduzir o número de pacientes em situação de risco.

Tabela 01

Percentual de 1ª consulta odontológica, por prioridade, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009

Prioridade	Agendamento	Falta	1ª Consulta	
Alta	32	8	24	10,9%
Media	147	31	116	52,0%
Baixa	103	21	82	37,1%

As TAB. 2 e 3 demonstram através da distribuição dos agendamentos por idade e código do LN que a programação do atendimento clínico através da agenda foi eficaz no sentido da distribuição dos agendamentos proporcionalmente às necessidades. Por isso, após a avaliação a ESB 2 decidiu manter a organização da agenda de acordo com as faixas etárias mais necessitadas com demanda prioritária.

Tabela 02

Distribuição dos agendamentos para 1ª. consulta odontológica, por idade, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009

Idade	1ª Consulta	Falta	Agendamento	
0 a 5	21	4	25	8,9%
6 a 12	50	13	63	22,3%
13 a 19	24	9	33	11,7%
20 a 59	117	31	148	52,5%
60 ou +	10	3	13	4,6%
Total	222	60	282	100,0%

Tabela 03

Distribuição dos agendamentos para 1ª. consulta odontológica, por código do levantamento de necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009

Código	1ª Consulta	Falta	Agendamento	
0	7	3	10	3,60%
1	109	25	134	47,50%
2	63	21	84	29,80%
3	14	7	21	7,40%
4	8	1	9	3,20%
5	21	3	24	8,50%
Total	222	60	282	100,0%

Dos pacientes atendidos, 40% necessitaram de atenção secundária. A necessidade de endodontia representou o maior volume de encaminhamentos, com 22% do total de pessoas atendidas. Como o encaminhamento para a atenção secundária é difícil e o paciente fica muito tempo esperando por uma vaga, muitos pacientes já atendidos e encaminhados para a endodontia

retornaram em situação de urgência o que diminuiu a capacidade da ESB 2 em incluir novas pessoas no atendimento individual.

Alguns fatos ocorridos afetaram positivamente e negativamente o trabalho da ESB 2. O início do Estágio de Internato Urbano de alunas do 9º período de Odontologia facilitou a inclusão de pessoas no atendimento odontológico. No entanto, nos primeiros meses de atendimento havia escassez de instrumental o que limitou o número de consultas diário. Após algum tempo esse problema foi amenizado com a chegada de novos instrumentais enviados pela PBH. Também nos primeiros meses de atendimento a ASB da ESB 01 encontrava-se em licença maternidade, não havendo reposição por parte da PBH. A ESB 02 cedeu sua ASB para manter o serviço em funcionamento, mas isso acabou dificultando o trabalho da equipe e diminuindo o número de pessoas incluídas no serviço. Também o curso de especialização para o qual os dentistas foram enviados e o tempo tirado para escrever o trabalho também diminuíram o número de atendimentos.

Após as considerações sobre o contexto no qual o trabalho foi realizado e a análise dos dados, a equipe considerou bem sucedida a utilização do LN para organização do serviço de saúde bucal. Ele possibilitou ao serviço: organizar-se, através do planejamento e da priorização das ações; organizar a demanda assistencial. Possibilitou também à equipe traçar novos planos baseados no resultado obtido.

“A Atenção em Saúde Bucal tem como propósito prestar a atenção dentro do princípio da integralidade, onde ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação são disponibilizadas simultaneamente de

forma individual e coletiva, de modo a promover saúde e satisfazer as necessidades existentes.” (MINAS GERAIS, 2006). Após a avaliação foi iniciado o Projeto “Educação Infantil”, em parceria com as estagiárias da UFMG, colocado em prática inicialmente na creche conveniada da PBH e que posteriormente deverá ser estendido à Unidade Municipal de Educação Infantil e creches particulares.

A ESB 2 decidiu pela maior participação em reuniões da ESF e nos grupos operativos já existentes. Decidiu também iniciar o planejamento de grupos para controle e orientação de higienização bucal supervisionada, com o objetivo de manter em controle os problemas bucais mais prevalentes. Como os horários reservados anteriormente na agenda para as demandas da ESF acabaram não sendo efetivamente utilizados por falta de encaminhamentos, foram remanejados no decorrer do tempo para os casos que necessitavam de maior urgência de atendimento. Por isso a ESB 2 também decidiu preparar a ESF para encaminhar casos prioritários, agendar consultas para avaliação, orientação e/ou tratamento de todas gestantes da área de abrangência através de encaminhamento combinado com as ESF. Outra ação planejada é fazer o LN e a organização de visitas domiciliares regulares de todos pacientes acamados de acordo com a necessidade de cada um.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do LN é uma ferramenta útil para vigilância da saúde e a organização do serviço, pois permite o diagnóstico, planejamento das ações, acompanhamento e avaliação.

Por ser de simples aplicação, o LN permite que qualquer profissional de saúde o tenha como referência para avaliação em grupos e/ou comunidades. Permite ainda uma melhor organização da demanda com a priorização dos casos mais graves (quantidade de dentes doentes), porém com a limitação quanto ao estágio da doença.

O LN é um recurso que pode ser mais bem aproveitado pelas ESB desde que se disponibilize recursos e equipamentos adequados para sua utilização.

REFERÊNCIAS ^{1, 2}

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise compara de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.4, p.723-40, 1997.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. Secretaria Municipal de Saúde, 2006a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **O Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica nº 17**. Saúde Bucal. Brasília: BRASIL, 2006. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria 267, de 06 março 2001. **Diário Oficial da União**, 07 Mar. 2001, Seção 1, p. 67. 2001.

CASTILHO, L. S.; CARVALHO, C.F.; TOSO, F.P.; JACOB, M.F.; ABREU, M.H.N.G.; RESENDE, V.L.S. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais: Experiência com pacientes especiais. **Revista do CROMG**. v. 6, n.3, p.195-99, Set-Dez, 2000.

¹ De acordo com a NBR 6023: Referências. 2007. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e abreviatura dos títulos de periódicos e em conformidade com o *Index Medicus*, com a base de dados Medline.

² FRANÇA, Júnia L. et al. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 7.ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 242p.

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

DUMONT, A.F.S. et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.1017-22, 2008.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v.4, n.3, p. 317-21, Jul./Set, 2004.

GIOVANELLA, L. et. al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-94, 2009.

L'ABBATE S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública** v.10, n. 4, p. 481-490, 1994.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde bucal**. Belo horizonte: SAS/MG, 2006. 290p.

MONKEN, M.; BARCELOS C. O território na Promoção e Vigilância à Saúde. In: FONSECA, A. (Org.). **O Território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJVFiocruz, 2007. p. 177-224.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas de atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 929-35, 2009.

PINTO, V.G. Planejamento. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008. Cap. 2, p. 19-41.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 115-14, 2006.

STARFIELD B., SHI L. Policy Relevant Determinants of health: na International Perspective. **Health Policy**., v. 60, p. 201-18, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

