

CRISTINA DOLABELA DOS SANTOS SOARES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE
PIRANGA – MG:
COMPARATIVO COM O LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO
SB BRASIL 2003**

PIRANGA – MINAS GERAIS

2010

CRISTINA DOLABELA DOS SANTOS SOARES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE
PIRANGA – MG:
COMPARATIVO COM O LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO
SB BRASIL 2003**

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

Orientadora: Dra. Daisy Maria Xavier de
Abreu

PIRANGA – MINAS GERAIS

2010

CRISTINA DOLABELA DOS SANTOS SOARES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE
PIRANGA – MG:
COMPARATIVO COM O LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO
SB BRASIL 2003**

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

Orientadora: Dra. Daisy Maria Xavier de
Abreu

Banca Examinadora

Aprovada em Conselho Lafaiete ____/____/____

Dedico este trabalho à Equipe Anjos da Saúde,
Equipe de Saúde Bucal e
Colegas do Departamento de Saúde de Piranga- MG.

Agradeço a Deus,
ao Rodrigo pelo incentivo, paciência, cooperação e amor incondicional,
ao Thiago por estar presente, desde o início deste curso e por me fazer feliz
e a Daisy pela grande ajuda, dedicação e orientação.

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

Resumo

O presente trabalho trata de um levantamento epidemiológico, para a doença cárie, realizada aos moldes do SB Brasil, 2003 no município de Piranga- MG. Objetivou-se fornecer dados para a saúde bucal do município a fim de subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área. Observa-se que o município possui resultados próximos, porém melhores que o país como um todo. Ao considerar os componentes do índice CPO-D, percebe-se que os moradores de Piranga possuem um acesso melhor ao serviço odontológico que os brasileiros, em geral. A partir dessa base de dados e com as devidas comparações com o SB Brasil, pretende-se melhorar o atendimento clínico, ações educativas, preventivas e o acesso da população dando prioridade aos grupos mais necessitados, fazendo valer o princípio da equidade do SUS.

Abstract

The present study aimed to apply epidemiologist survey for the disease caries carried out by the model of the Brazil Oral Health - SB Brazil 2003, in the Piranga, a city of Minas Gerais, Brazil. Data were aimed to supply for the oral health of the local authority in order to subsidize the planning / evaluation of actions in this area. The outcomes suggest that the local level has results near, however better than the country as a whole. While considering the components of CPO-D rate, Piranga's inhabitants have a better access to the dental care that the Brazilians, in general. From this database and comparing with the SB Brazil, proposing to improve the clinical attendance, educative, preventive actions and the access of the population giving priority the more vulnerable groups, making to be valid the equity principle of Unique Health System – SUS.

Sumário

Introdução.....	9
Objetivos:	11
Objetivo Geral:	11
Objetivos específicos:.....	11
Seção 1 – Mapa contextual.....	12
1.1- O município de Piranga.....	12
1.2 - Diagnóstico das condições socioeconômicas do município de Piranga.....	13
1.3 – O Programa Saúde da Família no Município	15
Seção 2 – Mapa conceitual	17
2.1 – SB Brasil.....	17
3.1- Idades-índices e Grupos etários	20
3.2 -Tamanho da amostra	21
3.3 - Equipe de trabalho e calibração	21
3.4 - Locais de coleta.....	22
3.5 - Processamento dos dados	22
Seção 4 - Resultados.....	23
Seção 5 - Considerações finais	28
Referências bibliográficas:	31
Anexo 1.....	34
Anexo 2.....	36

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde (2002), citado por Faria et al (2008), a Atenção Básica à Saúde – ABS - constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

A ABS é realizada por meio de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (CONASS, 2004, apud FARIA et al, 2008).

A estratégia de ABS deve priorizar e valorizar as ações de promoção de saúde. As ações do Programa de Saúde da Família (PSF) devem estar focados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, onde destacam-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade . (CARDOSO, FARIA e SANTOS, 2008).

Para que se consiga, dentro do serviço de saúde, colocar em prática tais princípios e diretrizes, é necessário que o serviço seja organizado de modo a conhecer sua própria realidade, em cada área de atuação, para que o planejamento das ações e suas próprias ações obtenham sucesso.

O conhecimento da realidade de forma adequada exige que sejam coletados dados, transformá-los em informação para produzir um conhecimento, que sustente o planejamento. A isto, podemos chamar de diagnóstico de saúde.

Para o planejamento de ações em Saúde Bucal na Atenção Básica, destaca-se a importância da epidemiologia. A partir de levantamentos epidemiológicos, pode-se conhecer o perfil das doenças bucais, monitorar riscos e tendências em cada grupo populacional, avaliar

impacto de ações utilizadas previamente, estimar recursos para novos programas e indicar novos caminhos a serem seguidos. (BRASIL, 2006)

O presente trabalho trata de um levantamento epidemiológico, realizado no Município de Piranga – MG no ano de 2009, desenvolvido nos moldes do SB Brasil 2003 com relação à cárie. Pretende-se comparar os resultados SB Brasil 2003 – Sudeste – para a doença cárie e o município para sistematizar/organizar o atendimento odontológico do mesmo.

Objetiva-se produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população de Piranga e subsidiar o planejamento/avaliação de ações da atenção básica em odontologia no município. (MINAS GERAIS, 2007)

Através dos dados, pretende-se planejar estrategicamente a abordagem dos principais problemas locais existentes na prestação da atenção bucal, o que servirá para se avançar na resolução destes problemas em cada faixa etária. (MINAS GERAIS, 2007).

Objetivos:

Objetivo Geral:

Produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população de Piranga-MG para subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde

Objetivos específicos:

- Estimar a prevalência de cárie dentária para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos;
- Estimar as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária e planejar fazê-lo na esfera da Atenção Básica;
- Comparar resultados do município com o levantamento SB Brasil 2003, utilizando-o como parâmetro;
- Fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde, educação, planejamento e administração, relativos à Saúde Bucal, para o planejamento do atendimento de acordo com os grupos mais necessitados, buscando contemplar o princípio da equidade do SUS;
- Organizar a criação e manutenção de uma base de dados relativa ao problema cárie dentária, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema municipal de vigilância epidemiológica em saúde bucal.

Seção 1 – Mapa contextual

1.1- O município de Piranga

Piranga está situada na Zona da Mata estando a 160 KM de Belo Horizonte. Possui uma população de 17.061 habitantes sendo que apenas 34% destes encontram-se na zona urbana. (SIAB, 2009; PIRANGA, 2010).

A economia do município baseia-se na agropecuária e pequena atividade de prestadores de serviço, comércio e administração pública, que são as fontes geradoras de emprego mais importantes. Como estruturas financeiras destacam-se o Banco do Brasil, Banco Postal Bradesco e Casa Lotérica da Caixa Econômica Federal. (PIRANGA, 2006; PIRANGA, 2010)

A riqueza cultural da região de Piranga pode ser percebida através de inúmeras esculturas e pinturas nas Capelas e Igrejas que registram o trabalho artístico atribuído ao Mestre Piranga. Sua produção artística do ciclo do ouro provavelmente de século XVII, somente agora passa a merecer interesse dos meios culturais. (PIRANGA, 2006; PIRANGA, 2010)

Piranga hoje faz parte do circuito do ouro que é um programa turístico desenvolvido e apoiado pela Secretaria de Estado do Turismo de Minas Gerais, que se propõe a promover o turismo, difundir cultura, preservar o ambiente natural e gerar empregos e renda para os municípios mineiros. (PIRANGA, 2006; PIRANGA, 2010)

As festas populares destacam-se: Jubileu do Bom Jesus do Bacalhau; Bloco do Zé Pereira; Carnaval; Festa do Piranguense e Festa da Agricultura Familiar. (PIRANGA, 2006; PIRANGA, 2010)

1. 2 - Diagnóstico das condições socioeconômicas do município de Piranga

Conforme aponta o Plano Municipal de Saúde de Piranga (2010), as condições socioeconômicas de uma população interferem direta e indiretamente na saúde da população de um determinado local. (PIRANGA, 2010)

Para que se consiga prevenir doenças - um dos objetivos do Programa da Saúde da Família, é necessário que se conheça não somente os indicadores de saúde do município, mas que se correlaciona estes indicadores, conhecidos a partir de dados de epidemiologia, com as condições supracitadas da população adscrita. (PIRANGA, 2010)

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, 2006 e 2010, a grande extensão territorial (657km²), aliada a enorme dispersão populacional e baixa taxa de urbanização (34%) – como mostra Gráfico 1, configuram fatores dificultadores da assistência, seja pelo acesso da população ao serviço, apesar de já descentralizado, ou do serviço à população. A característica do relevo, 70% montanhoso é também um dos fatores que dificultam o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS's.

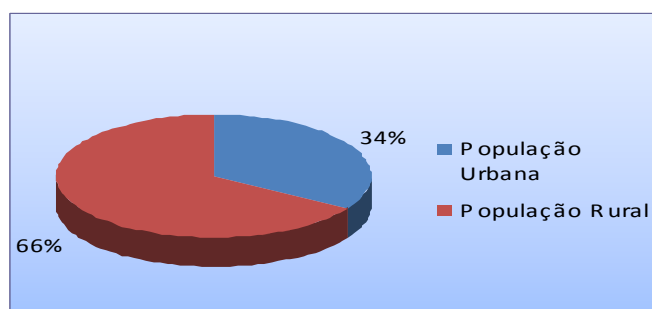


Gráfico 1 : Distribuição relativa da população urbana e rural – Piranga/MG, 2009

Fonte: SIAB, 2009

Ainda segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2010) e o SIAB (2009), 52% da população possui instalações sanitárias e o sistema de esgoto é canalizado, mas sem nenhum tratamento e 32% da população não possui instalações sanitárias e o destino dos dejetos é a céu aberto, o que contribui para um grande número de de doenças parasitárias (Gráfico 2).

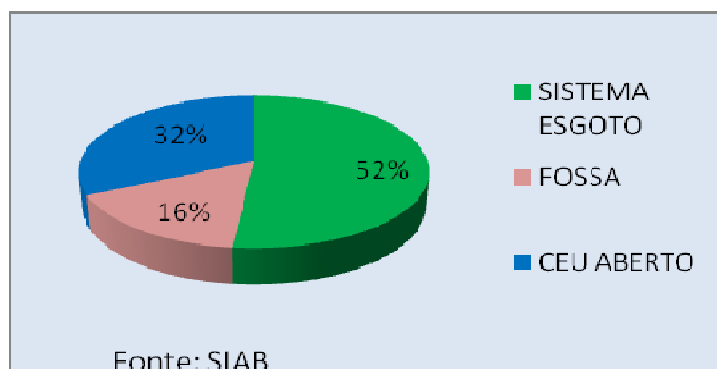


Gráfico 2: Distribuição relativa da destinação do esgotamento sanitário, Piranga/MG, 2009

Fonte: PIRANGA, 2010, SIAB, 2009.

Quanto ao índice de analfabetismo, segundo dados do DATASUS (2010), no município de Piranga, em abril de 2010, 31% da população caracterizava-se como analfabeta, como mostra o Gráfico 3, o que dificulta as intervenções em prevenção à saúde nesta parcela da população.

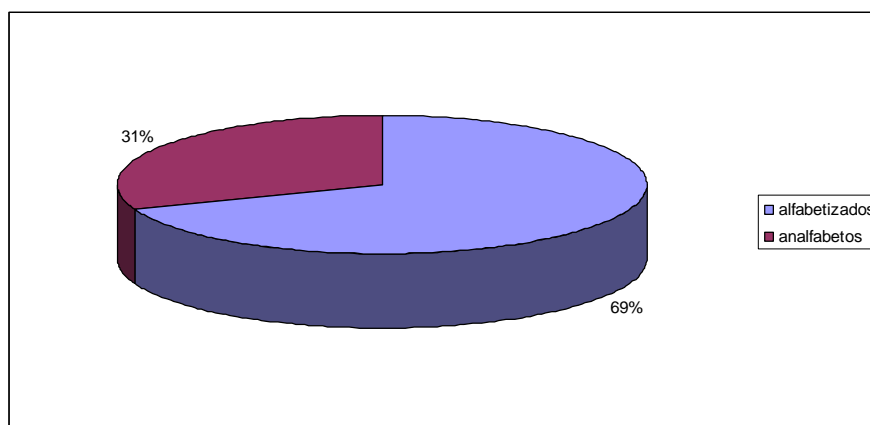


Gráfico 3: Índice de analfabetismo de Piranga/MG 2010

Fonte: DATASUS, 2010

1.3 – O Programa Saúde da Família no Município

A rede pública de serviços de saúde do município é composta por 11 Unidades Básicas de Saúde - UBS onde atuam seis equipes do Programa de Saúde da Família – PSF e seis equipes de Saúde Bucal, estas atuando em oito consultórios no município. Quatro equipes de PSF e Saúde Bucal têm como área de abrangência a zona rural, cobrindo 70% da população e duas equipes a zona urbana cobrindo o restante de 30%. (SMS, 2009)

O município de Piranga conta em 2010 com 135 funcionários no Departamento Municipal de Saúde, lotados Atenção Básica e outros serviços como: Saúde Mental, T.F.D – Tratamento Fora do Domicílio, Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Farmácia Básica e Gestão.

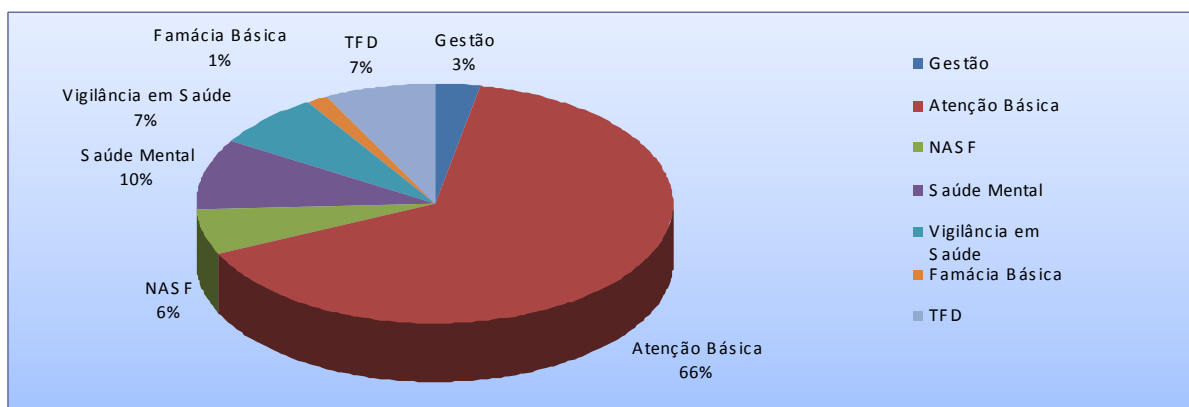


Gráfico 4: Distribuição do pessoal, por área, no Departamento Municipal da Saúde, 2010.

Fonte: PIRANGA/ MG, 2010

Nota-se, de acordo com o Gráfico 4 que, a maioria da força de trabalho da saúde do município está na atenção básica – 66% e em áreas de apoio à mesma.

Em 2000, o município contava com uma equipe de PSF na zona rural e uma equipe de PACS na zona urbana. A partir de 2001, houve uma ampliação da cobertura através da implantação de mais três equipes de PSF. Em 2005, a cobertura do PSF foi ampliada novamente devido a implantação de mais duas equipes, totalizando seis equipes de PSF e

Saúde Bucal com uma cobertura de 100% da população. O Gráfico 5 apresenta a evolução da cobertura do PSF no município.

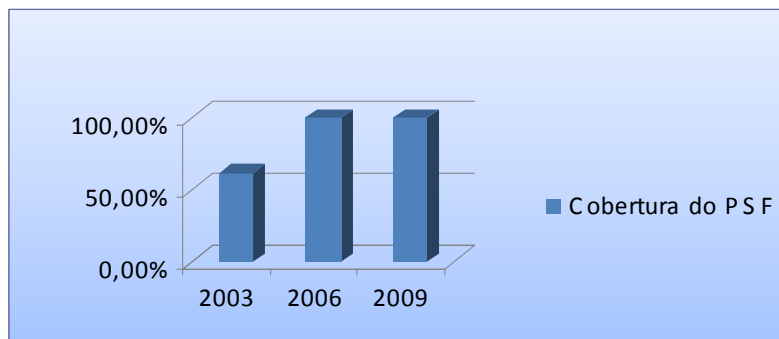


Gráfico 5: Cobertura do Programa de Saúde da Família, Piranga/MG, 2003-2009

Fonte: PIRANGA/ MG, 2010

Seção 2 – Mapa conceitual

2.1 SB Brasil

Segundo Junqueira (2004), a epidemiologia fornece dados essenciais ao planejamento, a organização e avaliação das ações em saúde. Ao se obter um banco de dados confiável, podemos priorizar grupos mais necessitados e fazer melhor uso dos recursos físicos, financeiros e humanos. A melhoria da qualidade de vida da população depende, entre outros fatores, de intervenções nas variáveis do processo saúde-doença e conseqüente mudança do quadro epidemiológico dos indicadores de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI), desde 1981, estabeleceram cinco metas, relacionadas à cárie para o ano de 2000 para criar uma referência internacional, para que os países planejassem suas ações em saúde bucal de forma a mudar o contexto mundial com relação a esta doença (JUNQUEIRA, 2004).

O Ministério da Saúde, no ano de 2000, iniciou uma discussão para que se realizasse um levantamento epidemiológico em saúde bucal que revelasse a real situação dos brasileiros por faixas etárias, incluindo as zonas urbanas e rurais do país (BRASIL, 2004).

A este projeto deu-se o nome de: “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira”. Ele teve início em 1999, com a criação do Subcomitê de elaboração e execução do projeto. O objetivo geral do estudo foi produzir informações sobre as condições da saúde bucal da população do Brasil, além de subsidiar o planejamento e avaliação das ações odontológicas, no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004).

Foi realizado estudo piloto em 2001 em Diadema-SP e Canela-RS, cidades de diferentes portes populacionais. Após a aprovação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, foram escolhidas as cidades participantes por meio de sorteio, de diferentes regiões do país. Os profissionais escolhidos foram treinados e calibrados nos anos de 2002 e 2003. Após este treinamento, foram iniciados os trabalhos, com realização dos exames e entrevistas (BRASIL, 2004).

Apesar de um atraso de quatro anos em relação às metas propostas pela OMS/FDI, os resultados do SB Brasil foram comparados com os valores propostos (Tabela 1). Nota-se que o Brasil conseguiu alcançar a meta proposta para a idade de 12 anos – Número de dentes cariados, perdidos e obturados - CPOD menor ou igual a três. (JUNQUEIRA, 2004). Esta idade é uma das mais importantes, por ter o seu índice CPO-D utilizado como padrão internacional para avaliação da condição dentária (OLIVEIRA, 1998).

Tabela 1: Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do SB Brasil. Brasil, 2003

Idade/faixa etária	Metas da OMS		SB Brasil
5 anos	Porcentagem de crianças livres de cárie (ceo-d = 0)	50%	40,6%
12 anos	Valor do índice CPO-D	$CPO-D \leq 3$	CPO-D = 2,78
18 anos	Porcentagem de indivíduos com todos os dentes presentes	80%	55,1%
35 a 44 anos	Porcentagem de indivíduos com 20 ou mais dentes	75%	54,0%
65 a 74 anos	Porcentagem de indivíduos com 20 ou mais dentes	50%	10,2%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil, Brasil 2004.

Embora o Brasil não tenha conseguido atingir a primeira meta, (tabela 1), algumas regiões, como a Sul e sudeste estão próximas de ultrapassá-la, atingindo 50% das crianças livres de cárie aos 5 anos de idade (JUNQUEIRA, 2004).

Em contrapartida, a situação de adolescentes, adultos e idosos ainda se encontra bem longe da meta recomendada pela OMS/FDI. Estes resultados não são muito diferentes de países desenvolvidos, pois a grande maioria privilegiava o tratamento puramente curativo, em detrimento a ações de caráter coletivo voltadas para a promoção de saúde. Esta prática mostrou-se ineficaz em todo o mundo, produzindo saúde bucal precária nestes grupos populacionais. (JUNQUEIRA, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde (2004) a amostra obtida permite produzir estimativas para as principais variáveis de estratificação do SB Brasil. Esta torna os dados relevantes por macrorregião de cada estado e pelo porte das cidades amostrais, além do próprio município participante para alguns agravos dentro das faixas etárias.

Segundo Roncalli (2005), o SB Brasil configura-se como um marco na epidemiologia em saúde bucal no Brasil por várias razões:

- Conseguiu estabelecer um diagnóstico profundo da situação da saúde bucal brasileira, evidenciando pontos nunca antes analisados como as desigualdades regionais.
- Base metodológica que permite tanto uma comparabilidade internacional, quanto internamente, comparação entre metrópoles até pequenas localidades.
- Criação de base de dados em vários níveis, a partir do compartilhamento da execução do projeto com parceiros como secretarias estaduais, municipais, entidades e universidades.
- Publicação da metodologia, o que, em vários níveis, foi e está sendo utilizada em outros levantamentos epidemiológicos, o que amplia a base de dados da saúde bucal brasileira.
- Criação de uma matriz para construção de um modelo de vigilância em saúde bucal a partir da geração dos dados primários.

Ainda segundo Roncalli (2005), o SB Brasil forneceu dados que subsidiaram a construção de políticas de saúde voltadas para a saúde bucal, como o Brasil Sorridente, proposta em 2004. Houve um considerável aumento no financiamento da área de saúde bucal, aliado a uma proposta de intervenção bastante consistente, algo inédito até esta data neste campo.

Sendo assim, a utilização dessa metodologia no nível municipal apresenta-se como um importante recurso para o planejamento de ações direcionadas às principais demandas identificadas no levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal.

A comparação entre o SB Brasil e o novo levantamento no município de Piranga possibilita também avaliar possíveis impactos das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica e do PSF no município.

Seção 3 Metodologia

Toda a metodologia empregada no levantamento epidemiológico realizado no Município de Piranga foi baseada no projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira: (BRASIL, 2004), com alguns ajustes, se adequando a realidade do município pela Secretaria Municipal de Saúde de Piranga. Esse levantamento seguiu as recomendações e orientações exigidas para estudos com seres humanos e o estudo foi submetido ao Comitê de Ética do município (Anexos 1 e 2).

3.1 Idades-índices e Grupos etários

As faixas etárias utilizadas no estudo, foram baseadas no estudo supracitado que as utilizou de acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (BRASIL, 2004):

- 5 anos: Idade de interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua.
- 12 anos: Idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências desta doença.
- 15 a 19 anos: Considerando a possibilidade de comparação com os dados de 1986, em levantamento realizado previamente.
- 35 a 44 anos: Grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos. O efeito total da cárie dentária e os efeitos gerais do tratamento prestado podem ser monitorados usando-se dados deste grupo etário.
- 65 a 74 anos: Os dados deste grupo são necessários tanto para o planejamento adequado do tratamento para os mais idosos como para o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados a uma população.

Não foi tema deste estudo o grupo de 18 a 36 meses, pela dificuldade de acesso a estas crianças em todo o município.

3.2 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra de cada faixa etária foi definido de acordo com a tabela do SB Brasil:

Tabela 2 – Valores de tamanho da amostra ajustados para populações finitas segundo a idade/grupo etário, por macrorregião. Brasil, 2003.

Macrorregião:/ Porte	Idade/ Grupo Etário					Total para o Estrato
	5 anos	12 anos	15 a 19	35 a 44	65 a 74	
Sudeste	329	297	76	43	14	
Até 5.000	55	58	63	40	13	229
5 a 10.000	97	99	69	42	13	320
10 a 50.000	191	186	74	43	14	508
50 a 100.00	265	248	75	43	14	645
Mais de 100.000	312	285	76	43	14	730

Extraída de BRASIL. Condições de Saúde bucal da População Brasileira, 2004.

No total, foram coletados dados de 508 pessoas no município, no período de abril a junho de 2009.

3.3 Equipe de trabalho e calibração

Foram utilizadas as seis equipes de PSF Saúde bucal do município, contando cada uma com um cirurgião-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Foram utilizados os critérios do *Manual do Examinador* e *Manual do Anotador*, produzidos pelo Ministério da Saúde, para que os profissionais utilizassem os mesmos critérios nos exames.

3.4 Locais de coleta

As coletas dos dados foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em todo o município, nas escolas Estaduais e Municipais e em grupos operativos realizados pelos profissionais do PSF de Piranga.

3.5 Processamento dos dados

As fichas foram conferidas e os dados digitados em tabelas para a consolidação dos mesmos. Após a digitação os dados foram conferidos novamente.

Seção 4 Resultados

No Gráfico 6, são apresentados os resultados do ataque de cárie na dentição permanente, na idade 12 anos e nos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, em Piranga e no País como um todo. Além dos resultados do ataque de cárie na dentição permanente, são apresentados os resultados referentes à dentição decídua de 5 anos.

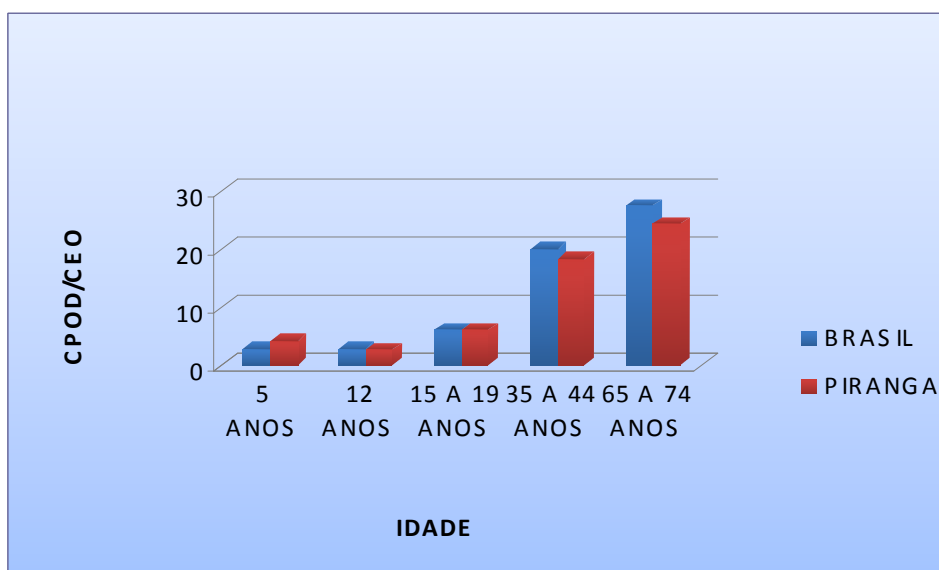


Gráfico 6: Médias de CPOD/CEO em relação a idade

O CEO relativo a crianças de 5 anos de idade revelou que o índice de Piranga, encontra-se em 4,11, um patamar pior que o do país como um todo, que apresentou 2,8 como índice.

Crianças brasileiras de 12 anos de idade e adolescentes de 15 a 19 anos apresentam, respectivamente, em média 2,8 e 6,2 dentes com experiência de cárie dentária enquanto em Piranga essas médias são de 2,7 e 6,1; índices muito semelhantes ao do Brasil.

No que se refere aos adultos, no Brasil, o CPO-D médio foi de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos e 27,8 na de 65 a 74. Em Piranga, o COPD para essas faixas etárias apresenta médias melhores: 18,5 para a faixa etária de 35 a 44 anos e 24,7 na de 65 a 74 anos.

Os resultados apresentados no Gráfico 7 demonstram as desigualdades das zonas urbana e rural do município no índice CPO-D aos 12 anos de idade. Nota-se que a zona rural possui média mais elevada em relação a zona urbana. Isto pode ser explicado, pela grande extensão territorial do município dificultando o acesso da população aos serviços de saúde. Face a essa situação, o município ampliou o atendimento odontológico para todas as Unidades Básicas de Saúde da zona rural, assegurando a melhoria do acesso e promovendo a equidade na atenção a saúde.

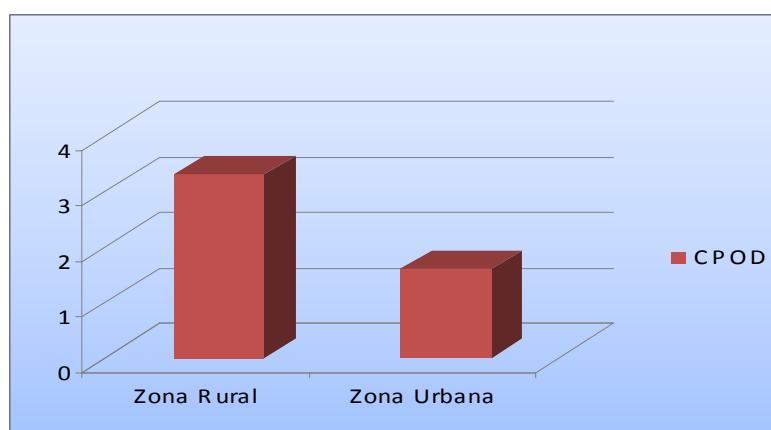


Gráfico 7: CPOD em relação a área de moradia

Pelo Gráfico 8 fica claro que, em crianças na idade de 5 anos, o principal problema são as cáries não tratadas tanto no município de Piranga quanto no Brasil como um todo. O alto índice de cárie se deve à alimentação cariogênica, à falta de hábitos de higiene bucal, aliados a dificuldade de captar essas crianças nos primeiros anos de vida para o tratamento odontológico, devido as condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis. Nota-se, entretanto, que comparando os resultados de Piranga com os do Brasil, observamos que no município, estas crianças possuem mais acesso ao tratamento odontológico que as brasileiras em geral. Os dentes restaurados e perdidos possuem um percentual mais alto em Piranga, enquanto os cariados possuem menor percentual no município comparado ao do país.

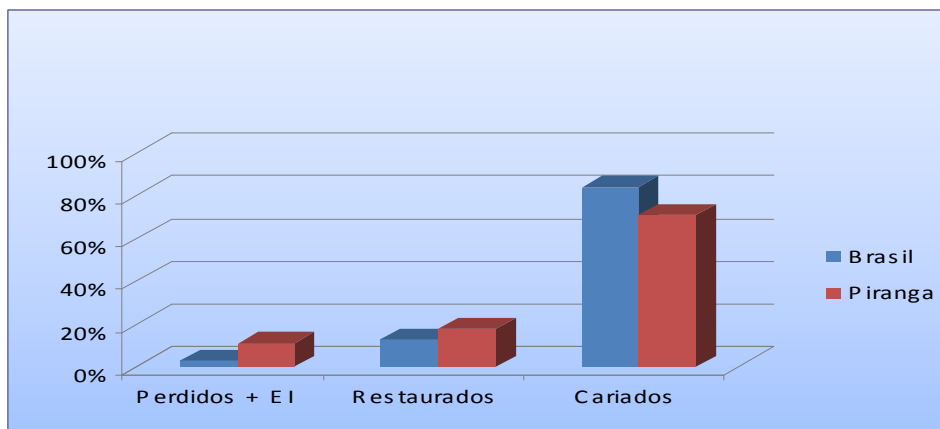


Gráfico 8: Composição percentual do índice CEO aos 5 anos.

As diferenças entre os resultados para o Brasil e o Município de Piranga nos componentes do índice CPO-D aos 12 anos de idade são visualizados no Gráfico 9. Nota-se, por exemplo, que enquanto no Brasil o componente restaurado representa 33% da composição do CPOD em Piranga esse componente representa 65%, o que leva a concluir que o acesso aos serviços odontológicos no município está muito superior ao do Brasil. Analisando o componente cariado, Piranga também apresenta resultados melhores em relação ao Brasil, os índices são 24% e 61% respectivamente.

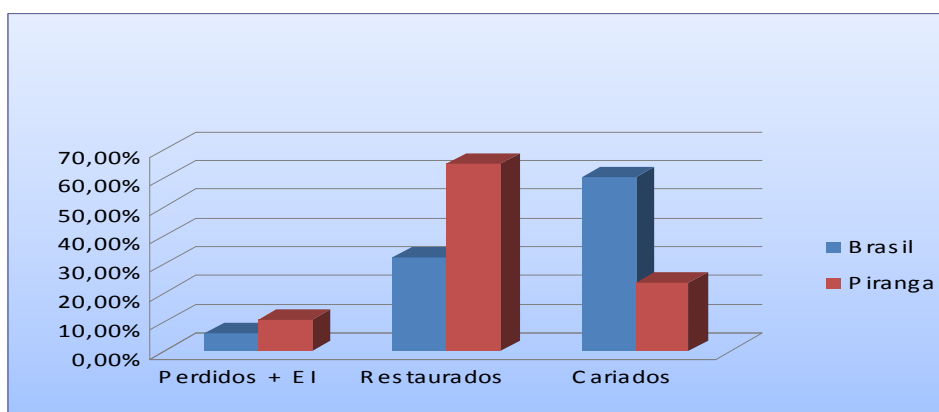


Gráfico 9: Composição percentual do índice CPOD aos 12 anos.

Na faixa etária de 15 a 19 anos os resultados são similares ao que ocorre aos 12 anos em relação aos componentes restaurados e cariados (Gráfico 10). Nos componentes - extração indicada e perdidos, houve um aumento significativo e os índices de Piranga e Brasil são muito parecidos. É importante lembrar que esses levantamentos epidemiológicos foram realizados em anos diferentes (BRASIL em 2003 e PIRANGA em 2009).

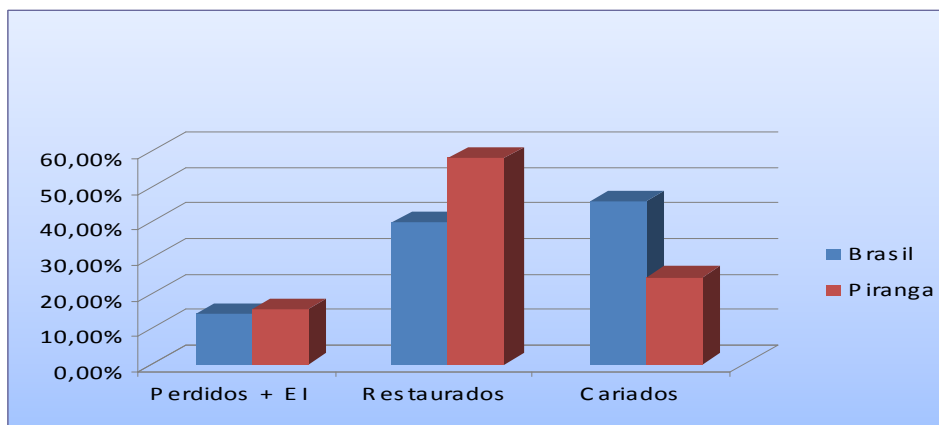


Gráfico 10: Composição percentual do índice CPOD de 15 a 19 anos.

Nos adultos e idosos a perda dentária surge como problema mais grave. Destaca-se o fato que o componente perdido, no Brasil, é responsável por cerca de 66% do índice no grupo de 35 a 44 anos e quase 93% no grupo de 65 a 74 e em Piranga esse componente representa 60,5% no grupo de 35 a 44 anos e 84% no grupo de 65 a 74, como mostram os Gráficos 11 e 12.

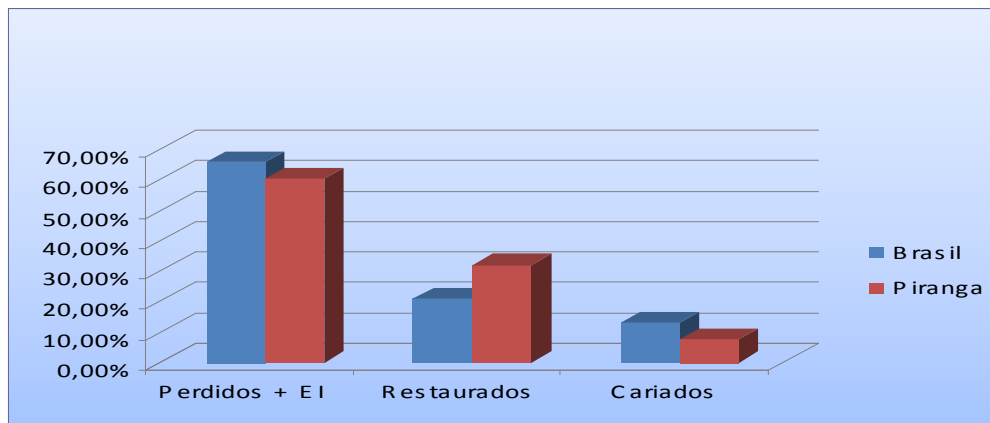


Gráfico 11: Composição percentual do índice CPOD de 35 a 44 anos.

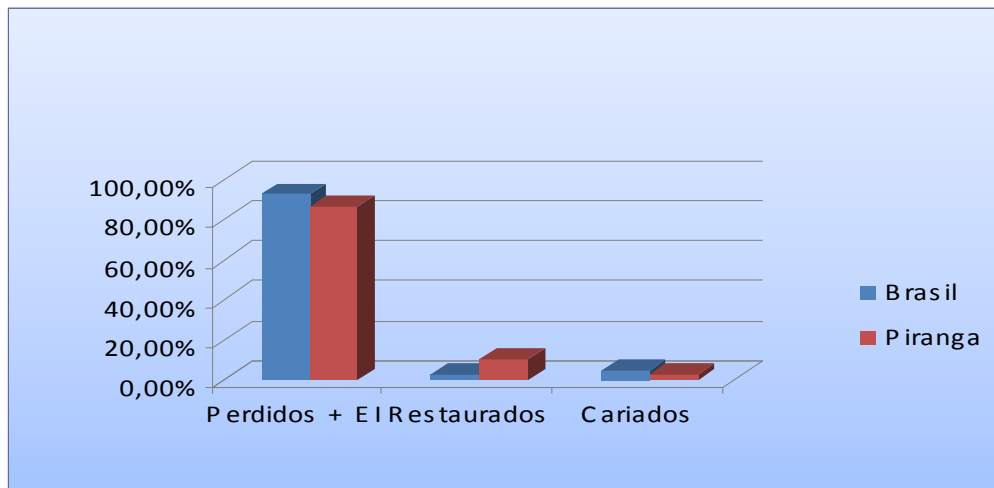


Gráfico 12: Composição percentual do índice CPOD de 65 a 74 anos.

Seção 5 Considerações finais

O presente trabalho objetivou produzir informações sobre a saúde bucal do município de Piranga a fim de subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área. Foi o primeiro levantamento epidemiológico nos moldes do SB Brasil, bom parâmetro de comparação para o serviço de saúde bucal de Piranga.

No geral, em se tratando de CPO-D, os resultados do município estão melhores, mas semelhantes aos do Brasil. Quando comparamos os componentes deste índice – cariados, perdidos ou extração indicada e restaurados – observamos que, na maioria dos casos, Piranga parece apresentar maior acessibilidade do que o Brasil como um todo. Os indivíduos piranguenses possuem mais dentes restaurados e extraídos em relação ao Brasil, isto indica que em Piranga há mais acesso ao tratamento dentário que no país. Apenas o CPO-D aos 5 anos de idade possui pior índice que no Brasil. Este é um alerta para a saúde bucal. Os novos planejamentos e ações devem enfatizar o tratamento e prevenção de doenças bucais em crianças desta idade.

Ainda assim, com índices satisfatórios em relação ao SB Brasil, o município deve se ater que em relação às metas da OMS - ver Tabela 1 - o Brasil somente cumpriu a meta aos 12 anos de idade. Portanto, tanto o município quanto o país tem muito que melhorar seus índices.

Segundo Barros e Bertoldi (2002), a participação da população que utiliza o SUS é muito menor na esfera odontológica que na médica. As desigualdades na utilização e no acesso a odontologia são maiores em grupos de menor acesso ou utilização destes serviços. Esta conclusão vai de encontro ao princípio da equidade do SUS. Desta forma, os serviços de saúde bucal devem planejar suas ações a fim de colocar este princípio em prática, o que consequentemente trará melhores índices para os municípios, estados e o país.

Ainda com a equidade em foco, Antunes e colaboradores (2006), dizem que:

“a experiência de carie é suscetível às desigualdades sociodemográficas e geográficas; o monitoramento dos contrastes em saúde bucal é relevante para a programação de intervenções socialmente apropriadas, dirigidas a melhorias globais e ao direcionamento de recursos para grupos de população com níveis elevados de necessidades.” (p. 79)

Diante disto, verifica-se que, como foi citado no mapa contextual do município de Piranga, a condição socioeconômica e cultural da população interfere no processo da saúde-doença da população. A gestão deve, portanto, investir na qualidade de vida da população como um todo, a fim de melhorar os índices epidemiológicos do município.

Ao mesmo tempo, estimular a população a refletir e redirecionar as suas práticas em relação ao auto-cuidado, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente em saúde e um monitoramento destas ações desenvolvidas, dá resultado e ajuda a minimizar a situação caótica de muitas localidades, como mostrou um estudo do Rio Grande do Norte em 2006 (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006).

Portanto, o estudo presente oferece importantes elementos para o enfretamento de problemas relativos à saúde bucal do município em relação à cárie. Muitas intervenções – clínicas, preventivas e educativas – podem e devem ser planejadas a partir destes dados a fim de focar estas ações em saúde nos grupos mais necessitados.

Cabe ressaltar que não foi objeto deste estudo analisar outras doenças bucais como a doença periodontal, fluorose, edentulismo ou anormalidades dentofaciais, também de grande importância odontológica e objeto de estudo do SB Brasil. Sugere-se que sejam incluídas em um próximo estudo. Também não foi incluída a faixa etária de 18 a 36 meses. Apesar da dificuldade de acesso a esta parcela populacional, deve-se planejar também incluí-la tanto nos estudos subsequentes quanto nas ações futuras, já que este grupo precede o grupo de piores índices – 5 anos. Com certeza, ações preventivas e educativas na faixa de 18 a 36 meses farão com que os próximos índices aos 5 anos sejam melhores.

Fica evidente a importância da disponibilização de informações sobre as condições de saúde bucal do município em um processo contínuo e permanente de alimentação dos dados para o monitoramento das ações propostas e implementadas na vigilância epidemiológica.

Por fim, para promover as mudanças esperadas no quadro epidemiológico brasileiro, com aumento da cobertura, resolutividade e efetividade das ações de saúde bucal, a incorporação das equipes de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família se configura como uma das medidas para a reorganização e reorientação da assistência odontológica no

município. Além disso, a saúde bucal deve ser entendida como parte integrante da saúde do indivíduo e, portanto, sua inserção no PSF amplia as possibilidades de uma atuação multiprofissional, buscando a integralidade na atenção à saúde.

Referências bibliográficas:

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.79-87, jan./mar. 2006.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.219-227, jan./mar. 2006.

BARROS A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.9-17, 2002.

BRASIL. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2010. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: abr. 2010

CARDOSO, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Módulo3: **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2008. 80p

FARIA H. P. et al. Atenção Básica à Saúde e à Estratégia de Saúde da Família. In Módulo 2: **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. Editora UFMG. Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2008. p. 29 a 44.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. Modulo 1: **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2008. 66p.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; CELSO Z. Saúde Bucal Coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode, SM, Nunes, SG. **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p 591-604.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. - 2. ed. -Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p.

BRASIL. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. Brasília, DF, 2004. 67 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica – nº 17. Saúde Bucal. Brasília, DF, 2006. 91p.

OLIVEIRA, A. G. R. C. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. vol. 1, nº 2, p. 177-189, 1998.

PIRANGA, Departamento Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde** - 2006.

PIRANGA, Departamento Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde** - 2010.

PIRANGA. Departamento Municipal de Saúde. SIAB- **Sistema de Informação da Atenção Básica** – 2009.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência e saúde coletiva**,11(1):105-114,2006.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Município de Piranga, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Não há riscos conhecidos ou mensuráveis relativos à sua participação nesta pesquisa e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população de Piranga de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Piranga.

Participante da pesquisa

Nome:

Assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome:

Assinatura:

Comitê de Ética Municipal – Conselho Municipal de Saúde

Endereço: Travessa do Rosário, nº 53 Piranga - MG

Anexo 2

Conselho Municipal de Saúde

Piranga – MG

Título: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE PIRANGA – MG: COMPARATIVO COM O LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO SB BRASIL 2003

Autora: Cristina Dolabela dos Santos Soares

Orientadora: Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu

Considerando o projeto do trabalho supracitado, apresentado ao Conselho Municipal de Saúde, o presente protocolo foi “APROVADO”.

A resolução nº 196/96 requer a apresentação de um relatório parcial e final deste trabalho.

Piranga, 17 de junho de 2009.

Paulo César de Rezende Araújo
Presidente do Conselho Municipal de Saúde.