

MÔNICA BINI MATOS

**A AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE PASSA TEMPO
COM VISTAS A UMA FUTURA REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.**

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.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo
Furquim Werneck

FORMIGA / MINAS GERAIS

2010

MÔNICA BINI MATOS

**A AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE PASSA TEMPO
COM VISTAS A UMA FUTURA REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.**

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.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo
Furquim Werneck

Banca Examinadora: Prof. Dr. Marcos
Azeredo Furquim Werneck e Viviane
Elisângela Gomes

Aprovada em Formiga em 17/07/2010.

Agradeço inicialmente a Deus.

Agradeço aos meus colegas, de curso e de trabalho, Warley e Francielle pela companhia e apoio, tanto na realização de atividades durante todo o curso de especialização, como nas viagens ao pólo para os encontros presenciais, mas agradeço principalmente o apoio mútuo que nos oferecemos para modificarmos o modelo de atenção em Passa Tempo.

À minha tia Divane, que me apoiou durante todo o curso.

À população de Passa Tempo e toda equipe do PSF, pois sem eles este trabalho não teria acontecido.

Ao meu orientador Marcos Werneck, agradeço o empenho para o desenvolvimento desta monografia.

A todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a realizar este estudo.

RESUMO

O Modelo de Atenção em Saúde representa uma referência para se pensar na assistência à saúde de determinado local, organizando os elementos do processo de trabalho em saúde de forma a intervir de maneira resolutiva nos problemas. O Modelo Assistencial vai sendo modificado e construído no cotidiano das relações políticas entre seus elementos. Diante da necessidade de se ter um modelo de atenção resolutivo, torna-se necessário o emprego de estudos epidemiológicos. Estes estudos são úteis na avaliação dos serviços públicos de saúde uma vez que identificam as necessidades não atendidas e ajudam na identificação de problemas gerenciais. Este trabalho teve por objetivo avaliar a condição de saúde bucal dos usuários da Estratégia saúde da Família (ESF) no município de Passa Tempo – MG, como forma de subsidiar uma futura reorientação do modelo de atenção em saúde bucal. Para tal foi realizada uma descrição da condição de saúde bucal em relação à cárie dentária nas idades de 5 anos, 12 anos, 18 anos e nos grupos etários de 35-44 anos, 65-74 anos. Os resultados deste estudo foram comparados com os resultados obtidos no levantamento epidemiológico SB Brasil 2003 (MS) e com as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir disso, foi apontada a importância dos diagnósticos das condições bucais para uma reorientação do modelo de atenção em saúde bucal vigente no município.

ABSTRACT

The Health Care Model is a reference for thinking in health care from a particular place, arranging the elements of the process of health work in order to intervene solving the problems. The health care model is being modified and built in the daily political relations between their elements. Faced with the need to have a care model resolvent, it is necessary to apply epidemiological methods to managers and health workers of different segments of the organizational structure of the states and municipalities. Epidemiological studies are useful in the evaluation of public health since it identifies unmet needs and problems of management. This study aims to evaluate the oral health status of the users of the Family Health Program (PSF) in the town of Passa Tempo - MG, as a way to subsidize a future shift of oral health care model. This will be a description of oral health status at ages 5 years, 12 years, 18 years and the age group of 35-44 years, 65-79 years in relation to dental caries, based on epidemiological survey conducted at Passa Tempo – MG, in 2009, by the author of this work. The results will be compared with the epidemiological results obtained in epidemiological SB Brazil 2003 (MS) and evaluated according to the goals of the World Health Organization (WHO). From this will be pointed to the importance of structured diagnosis on the epidemiology of oral conditions for a reorientation of the existing model of oral health care in Passa Tempo – MG.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	07
LISTA DE GRÁFICOS	08
LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE QUADROS	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
4 METODOLOGIA	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 Idade 5 anos	22
5.2 Idade 12 anos	24
5.3 Idade 18 anos	25
5.4 Grupo etário 35-44 anos	26
5.5 Grupo etário 65-74 anos	27
5.6 Resultados do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal, resultados do SB Brasil e as metas da OMS para 2010	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde
MG – Minas Gerais
ESF – Estratégia Saúde da Família
CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
SUS – Sistema Único de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
ESB - Equipe de Saúde Bucal
CD – Cirurgião dentista
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
ACS – Agente Comunitário de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SB Brasil 2003 – Saúde Bucal Brasil 2003
MS – Ministério da Saúde
FDI – Federação Dentária Internacional
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
SMS – PT – Secretaria Municipal de Saúde de Passa Tempo

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Porcentagem de usuários na idade de 05 anos livres de cárie e com dentes cariados no município de Passa Tempo – MG, 2009.

GRÁFICO 2 - Distribuição dos componentes do ceo-d no grupo etário de 5 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

GRÁFICO 3 - Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 12 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

GRÁFICO 4 - Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 18 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

GRÁFICO 5 - Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 35-44 anos, Passa Tempo –MG, 2009.

GRÁFICO 6 - Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 65-74 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

GRÁFICO 7 - Distribuição do CPO-D nas idades de 5 anos, 12 anos, 18 anos e nos grupos etários de 35-44 anos e de 65-74 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

GRÁFICO 8 - Distribuição dos componentes do CPO-D nas idades de 5 anos, 12 anos, 18 anos e nos grupos etários de 35-44 anos e de 65-74 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição da população residente no município de Passa Tempo, segundo a faixa etária e o sexo, no ano 2009.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Metas da Organização Mundial de Saúde para 2010.

QUADRO 2 - Porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade, no município de Passa Tempo – MG, nos anos de 2003, 2005 e 2009.

QUADRO 3 - CPO-D aos 12 anos no município de Passa Tempo – MG, nos anos de 2003, 2005 e 2009.

QUADRO 4 - Parâmetros para comparação e resultados do levantamento epidemiológico de Passa Tempo 2009 e do SB Brasil 2003 nos diferentes grupos etários examinados.

1 INTRODUÇÃO

O modelo assistencial em saúde representa uma referência para se pensar na assistência à saúde de determinado local, organizando os elementos do processo de trabalho em saúde de forma a intervir de maneira resolutiva nos problemas. O modelo assistencial vai sendo modificado e construído no cotidiano das relações políticas entre seus elementos e não dado *a priori* (SENNA & COHEN, 2002).

Narvai, 1992 diferencia “modelo assistencial” e “modelo de atenção”. Segundo o autor, a palavra “assistência” remete à uma certa “limitação do objeto”, pois se refere exclusivamente ao “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais”. Em oposição a palavra “atenção” é definida por ele como um “conjunto de ações que, incluindo a assistência [...] individual, não se esgota nela” podendo, inclusive, agregar ações externas ao setor saúde. Desta forma, utilizaremos neste trabalho a nomenclatura modelos de atenção em saúde bucal.

Diagnósticos de saúde bucal são importantes para conhecer a prevalência e tipologia das doenças, além das deficiências da atenção em saúde. A partir dos dados coletados planejamos, executamos e avaliamos ações de saúde (OLIVEIRA *et al*, 1998). A realização e utilização dos dados pelos trabalhadores é fundamental no planejamento das ações de saúde (MOIMAZ, 2004).

Os países que seguem o programa de saúde bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS) fazem periodicamente esses diagnósticos – denominados levantamentos ou estudos epidemiológicos – por meio dos quais se pode aferir a média de cárie por pessoa no país e com isto avaliar a eficácia dos programas governamentais de prevenção em saúde bucal e planejar outras ações.

Diante da necessidade de melhor alocação de recursos e maior justiça social na distribuição de benefícios, torna-se necessário a aplicação de métodos epidemiológicos pelos gestores e trabalhadores de saúde dos diferentes segmentos da estrutura organizacional dos estados e municípios. A Epidemiologia tem como papel, na administração de serviços de saúde, fornecer informações para então planejar. Ela vai orientar a coleta de informações para a tomada de decisões e identificação das necessidades dos usuários e serviços de saúde, impulsionando a implementação de novas ações e atividades (MOIMAZ, 2004).

Os estudos epidemiológicos são úteis na avaliação dos serviços públicos de saúde uma vez que identificam as necessidades não atendidas e apontam os problemas gerenciais (TEIXEIRA, 1993).

Segundo Moimaz, 2004, em estudo intitulado “Aplicação de métodos epidemiológicos nos serviços de saúde bucal na região metropolitana de Belo Horizonte – MG”, o incentivo na formação dos profissionais e gestores em saúde coletiva acarretará menores dificuldades para o estabelecimento de ações de saúde bucal a partir de levantamentos epidemiológicos e diagnósticos, utilizando os mais diversos indicadores de saúde bucal.

A realização de levantamentos epidemiológicos pelas equipes de saúde bucal contribui para a identificação das necessidades da população adscrita e, portanto, para o planejamento e organização dos serviços à realidade local.

A autora deste trabalho é cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Passa Tempo - MG. Em 2009, a mesma realizou um Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal no município, abrangendo as seguintes idades e grupos etários: 5 anos, 12 anos, 18 anos, 35-44 anos, 65-74 anos. O cálculo da amostra seguiu as orientações do manual da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) que recomenda uma amostra de 40 a 50 indivíduos por faixa etária, quando a prevalência da cárie for considerada de moderada a alta, como é o caso do município de Passa Tempo. Para cada faixa etária foram examinados mais 10 indivíduos (20%), a fim de se compensar as perdas por não comparecimento ou recusa. Para cada um dos cinco grupos etários/idades foram examinados 60 indivíduos, totalizando 300 pessoas. Estas pessoas eram oriundas das três unidades básicas de saúde do município e suas respectivas microáreas, com o objetivo de se obter uma amostra mais homogênea. A prevalência de cárie foi avaliada através do índice CPO.

O Índice de Ataque de Cárie, originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, conhecido pelas iniciais CPO, continua sendo o mais utilizado em todo o mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentárias e para a formulação e avaliação de programas de saúde bucal. Quando o dente é utilizado como unidade de medida, temos o índice CPO-D: resultado da soma dos dentes cariados, perdidos e obturados (PINTO, 2008). O CPO-D é o resultado da soma dos dentes cariados, perdidos e obturados, portanto seus valores variam de zero a 32 (todos os dentes atacados por cárie). Em uma população, o índice CPO- D é o resultado

da soma de todos os dentes atacados por cárie dividido pelo número de indivíduos examinados (PEREIRA, 2003).

O município de Passa Tempo localiza-se na zona Campos das Vertentes, oeste de Minas Gerais. Possui uma área de 428 km². Dista 150 quilômetros da Capital do estado - Belo Horizonte. Seus limites são: ao norte - Piracema, ao sul - Resende Costa, a oeste - Carmópolis de Minas e Oliveira e, ao leste - Desterro de Entre Rios. O município não possui distritos e os povoados são: Arcados, Ribeirão, Cachoeira dos Forros, Vau, Colônia, Aguadinha, Córrego Areado, Brandão, Ouro Fino, Paciência, Rio dos Bois, Dornelas, Campo Grande, Pari e Tombadouro. Todos eles são servidos por estradas e escolas municipais.

Em 2009, o município de Passa Tempo possuía uma população de 8.772 habitantes, sendo 50,7% (4.447) do sexo masculino e 49,3% (4.325) do sexo feminino, conforme distribuição apresentada na Tabela 1.

TABELA 1

Distribuição da população residente no município de Passa Tempo, segundo a faixa etária e o sexo, no ano 2009.

Faixa etária (em anos)	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Menor 1	53	50	103
1 a 4	232	217	449
5 a 9	329	303	632
10 a 14	326	327	653
15 a 19	343	334	677
20 a 39	1347	1266	2.613
40 a 59	1163	1096	2.259
60 a 69	346	353	699
70 a 79	215	254	469
80 e mais	93	125	218
Total	4.447	4.325	8.772

Fonte: DATASUS, 2009

A estrutura do sistema de saúde é relativamente boa para o porte da cidade. De acordo com dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (2002-2003), o município possui um hospital com 48 leitos, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e três unidades básicas de saúde.

Há cerca de seis anos, o município adotou a ESF para a reorganização da atenção básica e conta hoje com duas equipes na zona urbana e uma equipe mista (zona urbana e zona rural), com 2584 famílias ou 7965 pessoas cobertas. O número de pessoas cobertas por plano de saúde é 1406, representando 17,6% da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, 2008). A partir destes dados constata-se que a maior parte da população é atendida pela atenção básica que resolve grande parte dos problemas.

Com relação aos recursos humanos para atendimento odontológico, o município apresenta três Equipes de Saúde da Família, mas há apenas uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), modalidade I, composta por um Cirurgião Dentista (CD) e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Há ainda, outro CD contratado pelo SUS, que atende 4 horas/dia.

Com relação aos recursos físicos para atendimento odontológico, existem no município três equipamentos odontológicos: um localizado na unidade de PSF I, outro na Escola Municipal Gabriel Andrade e outro no Posto de Saúde Doutor Márcio Andrade (ambulatório do SUS). As unidades de saúde do PSF II e do PSF III possuem somente a sala reservada ao CD, porém sem equipamentos odontológicos. Constata-se ausência de recursos materiais ideais para atendimento e dentro da Unidade de Saúde da Família II e III.

O agendamento é realizado por indicação dos agentes comunitários de saúde (ACS) ou pelos CD durante as consultas de urgência, visitas domiciliares ou atividades preventivas nas escolas, através de critérios de natureza biológica associados a informações do cadastro dos pacientes (ficha A) e informações do SIAB. Na maioria das vezes, porém, o agendamento é realizado através de distribuição de fichas e lista de espera, sem critérios de risco – livre demanda. São agendados entre três e quatro pacientes por turnos reservando-se, em média, uma a duas vagas diárias para as urgências. Há relativa equidade no agendamento, mas a cobertura é deficiente devido à falta de recursos humanos. O agendamento geralmente é planejado com a participação da ESB e dos ACS.

Frente a esse cenário é visível a necessidade de reorganização da atenção odontológica básica do município.

O modelo de atenção adotado na rede básica de atenção a saúde em Passa Tempo deve articular as lógicas clínica e epidemiológica, sob a ótica de um planejamento baseado na relação custo/eficácia, assim como propôs Chiarelli, 1995, em Marília. Essa forma de conceber a rede básica reduz a questão da saúde e da doença a

uma questão de organização racional das ações curativas individuais, auxiliadas pelas ações coletivas, nos momentos da promoção e proteção à saúde (FRACOLLI & EGRY, 2001).

Em vista do exposto, o presente estudo procurou comparar os resultados obtidos no levantamento epidemiológico das condições de Saúde Bucal do município de Passa Tempo – MG, realizado em 2009, com os resultados do levantamento epidemiológico SB 2003 realizado pelo MS, tendo, como referência, as metas propostas pela OMS para a saúde bucal em 2010, para subsidiar uma possível reorientação do modelo de atenção do município.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Avaliar a condição de saúde bucal dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Passa Tempo – MG, como forma de subsidiar uma futura reorientação do modelo de atenção em saúde bucal no mesmo município.

Objetivos Específicos:

1. Descrever a condição de saúde bucal nas idades de 5 anos, 12 anos, 18 anos e nos grupos etários de 35-44 anos, 65-74 anos com relação à cárie dentária, com base nos resultados do levantamento epidemiológico realizado no município de Passa Tempo em 2009.
2. Comparar os resultados obtidos no levantamento epidemiológico realizado em Passa Tempo em 2009 com os resultados do levantamento epidemiológico SB Brasil 2003 (MS) e as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS).
3. Apontar a importância da utilização desse resultado na reorientação do modelo de atenção em saúde bucal no município de Passa Tempo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A atenção em saúde deve ser orientada de forma a sanar a maioria dos problemas de saúde bucal da população na atenção primária e encaminhar apenas os casos necessários para a atenção especializada, caracterizando a atenção primária como porta de entrada ao sistema e garantindo a eficiência e a eficácia no processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho deve ser bem articulado e com um objetivo geral único, alcançado pela realização conjunta de objetivos específicos. O processo gerencial pode ser compreendido em três níveis: nível das regras, nível do sistema e nível dos fatos, conforme a Teoria das Macroorganizações onde se aplica a Teoria da Produção Social de Matus, referenciado por Artmann *et al.* (1997).

A proposição de metas mundiais oferece referências para comparações internacionais. No final de 1993, durante o "4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva", realizado em Umea (Suécia), a OMS propõe as novas metas para o ano 2010 em relação à saúde bucal em algumas idades e grupos etários conforme pode se ver no quadro 1 (JORNAL DO SITE ODONTO, 2010).

QUADRO 1

Metas da Organização Mundial de Saúde para 2010.

IDADE	META DA OMS PARA 2010
5 anos	90% livres de cárie.
12 anos	CPO-D < ou = 1
18 anos	100% com todos os dentes.
35-44 anos	90% com 20 ou mais dentes ou até 2% de desdentados.
65-74 anos	Até 5% de desdentados.

Fonte: Federation Dentaire Internationale – 2000 Int Den J, 32(1)1982 e 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva - Suécia -1993.

Para o ano de 2010, o objetivo esperado pela OMS, na idade de 12 anos, é alcançar um CPOD inferior a 1,0, o que provavelmente será atingido por grande número de municípios no Brasil, visto os programas preventivos que estão sendo implantados.

Sales-Peres & Bastos (2002), Colussi & Freitas (2002), Lucas & Mendonça (2005) e Gomes et al (2004) utilizaram essas metas para comparação e / ou monitoramento dos resultados dos levantamentos epidemiológicos, a fim de se estabelecer um planejamento adequado para o alcance das próximas metas, adquirindo melhoria da condição de saúde bucal da população.

Em nosso país, é importante assinalar que as autoridades sanitárias, nos diferentes níveis de gestão do SUS, podem e devem estabelecer metas em saúde bucal coerentes à sua realidade para orientar o processo de planejamento-avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A epidemiologia deve ser um eixo estruturante dos modelos de atenção. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) incorpora, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS, dentre os quais destacam-se: (a) "utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento"; e (b) "centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença". Tais pressupostos devem, portanto, ser postos em prática a partir de diversas estratégias, dentre elas a realização de pesquisas epidemiológicas de base nacional (RONCALLI, 2010).

Obedecendo a estes princípios foi realizado, no Brasil, um levantamento epidemiológico de abrangência nacional, nos anos de 2002/2003, a fim de se obter informações epidemiológicas, relativas à saúde bucal da população brasileira, o SB Brasil 2003 (PUCCA, 2004; BRASIL, 2004). As informações epidemiológicas, produzidas por esse levantamento, serviram para subsidiar a elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde bucal, bem como ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos de saúde bucal nas diferentes esferas de governo (QUEIROZ, 2009).

Apesar de sua abrangência nacional e a produção de um extenso banco de dados, Queiroz et al. (2010) afirmam que as estimativas produzidas não são representativas da população brasileira, uma vez que o procedimento de amostragem não foi concluído e aponta possibilidades de correções para os problemas identificados.

Tesh (1990) indica que para o planejamento de ações de saúde bucal, não são necessários rigores acadêmicos relativos à validade (nas acepções mais usuais em epidemiologia) ao se buscarem descrições de prevalência de agravos em saúde bucal

(não estamos aqui abordando controvérsias causais). E, portanto, prescinde-se de cuidados técnicos em relação à coleta de dados passíveis de serem considerados meticulosos em demasia. Segundo Fourez (1997) a observação científica do mundo possui objetividade pura e absoluta não compatível com as particularidades de nossa sociedade e da nossa situação.

No município de Passa Tempo - MG foram realizados dois levantamentos epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal - em 2003 e 2005 - produzindo dados apenas das idades de 5 anos e 12 anos. Somente em 2009 foi realizado outro levantamento incluindo a idade de 18 anos e os grupos etários de 35-44 anos e 65-74 anos, que representam as idades índices da OMS. Os resultados desses levantamentos podem ser vistos nos quadros 2 e 3.

QUADRO 2

Porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade, no município de Passa Tempo – MG, nos anos de 2003, 2005 e 2009.

Porcentagem de livres de cáries aos 5 anos			
2003	2005	2007	2009
38,1%	83%	Não foi realizado levantamento epidemiológico	59,3%

Fonte: SMS – Passa Tempo-MG, 2009

QUADRO 3

CPO-D aos 12 anos no município de Passa Tempo – MG, nos anos de 2003, 2005 e 2009.

2003	2005	2009
3	2,8	2,4

Fonte: SMS - Passa Tempo - MG.

Em 2003 foi encontrado um CPOD igual a 3 e em 2005 houve uma queda ficando o CPOD igual a 2,8. O levantamento realizado em 2009 encontrou um CPOD

aos 12 anos igual a 2,4. Apesar da queda no CPOD aos doze anos, os resultados obtidos no levantamento epidemiológico realizado no município de Passa Tempo, MG, no ano de 2009, apontam para uma situação de saúde bucal necessitando maior atenção em todas as faixas etárias. Há necessidade de ações de promoção, prevenção e ampliação do acesso aos serviços restauradores, em especial para jovens, adultos e idosos e o desenvolvimento de ações voltadas para prevenção de cárie e manutenção da saúde bucal na dentição decídua.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma avaliação epidemiológica das condições de saúde bucal do Município de Passa Tempo – MG, acompanhada de um estudo descritivo/comparativo.

Foram objeto da comparação os estudos: Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal em Passa Tempo (2009) - realizado pela autora deste trabalho - e o SB Brasil, correlacionando-os com as metas da OMS para o ano de 2010.

A população constante nestes estudos foi relativa às idades e os grupos etários índices da OMS: 5 anos, 12 anos, 18 anos, 35-44 anos e 65-74 anos.

Os resultados foram analisados a luz da literatura mais recente disponível. A base de dados utilizada para aquisição dessa literatura foram scielo, medline e bibliotecas da UFMG e PUC – MG. As palavras chave foram: atenção básica, odontologia, epidemiologia, metas da OMS, SB Brasil 2003. O período das buscas foi de janeiro a maio de 2010.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentados os resultados encontrados no levantamento epidemiológico realizado previamente a este trabalho pela autora do mesmo, a fim de se realizar a comparação com o SB Brasil e a análise destes resultados tendo como referência as metas propostas pela OMS para o ano de 2010.

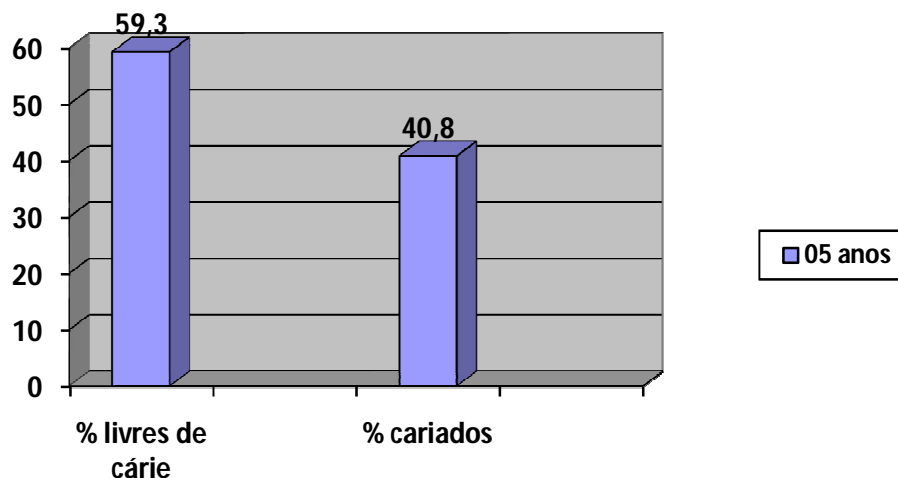
5.1 Idade 5 anos

Foram encontradas 59,3% das crianças examinadas livres de cárie e 40,3% com dentes cariados (Gráfico 1). Associado a isso, é observado que o componente obturado foi igual a zero, apontando uma possível falta de atuação do serviço, uma vez que não aparece nenhum dente restaurado.

A meta da OMS para 2000 (50% das crianças livres de cáries) foi ultrapassada, porém a meta para 2010 (80% das crianças livres de cárie) ficou longe de ser alcançada. Com relação aos resultados do SB Brasil 2003 (40% das crianças livres de cárie), o município apresentou resultado superior.

GRÁFICO 1

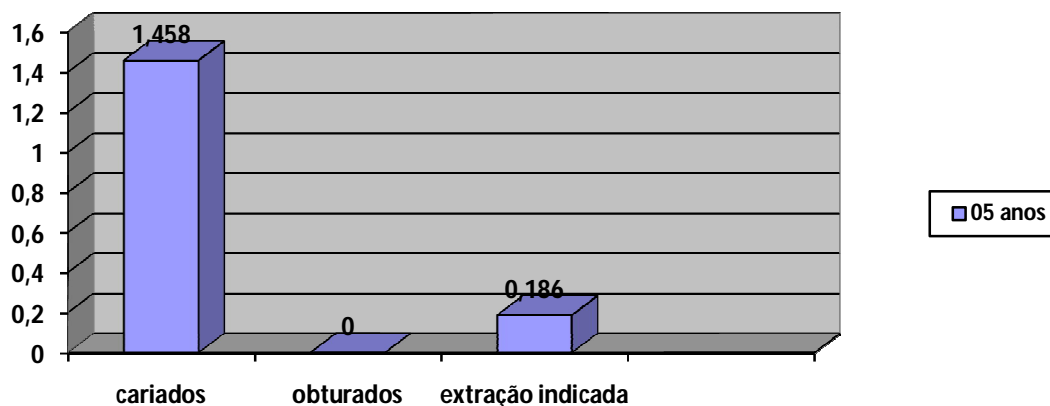
Porcentagem de usuários na idade de 05 anos livres de cárie e com dentes cariados no município de Passa Tempo – MG.



O ceo-d aos 5 anos, encontrado no Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal em Passa Tempo 2009, foi de 1,6. O componente cariado foi o mais preponderante, com uma média de 1,5 dentes cariados por criança examinada, conforme pode ser visto no gráfico 2.

GRÁFICO 2

Distribuição dos componentes do ceo-d aos 5 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

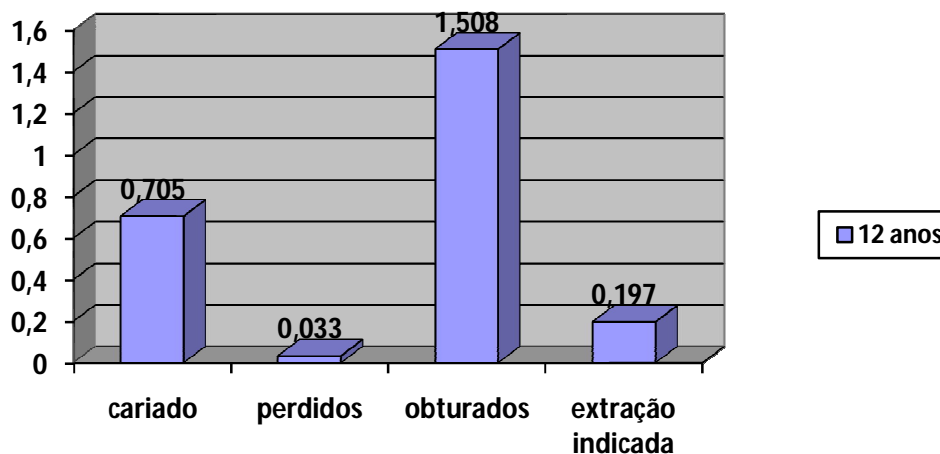


5.2 Idade 12 anos

O CPO-D aos 12 anos encontrado no Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal em Passa Tempo 2009, foi de 2,4. O componente mais preponderante desta vez foi o obturado, revelando uma média de 1,5 dentes obturados por usuário examinado, conforme o gráfico 3.

GRÁFICO 3

Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 12 anos, Passa Tempo – MG, 2009.



A meta da OMS para 2000 (CPO-D < ou = 3) foi ultrapassada, porém a meta para 2010 (CPO-D < ou = 1) ficou longe de ser alcançada. Com relação aos resultados do SB Brasil 2003 (CPO-D < ou = 2,78), o município apresentou resultado superior.

5.3 Idade 18 anos

O CPO-D encontrado nesta idade foi de 6,2. O componente mais preponderante foi o obturado, revelando uma média de 4,3 dentes obturados por usuário examinado, conforme o gráfico 4.

GRÁFICO 4

Distribuição dos componentes do CPO-D na idade de 18 anos, Passa Tempo – MG, 2009.



Observa-se que 85,2% dos examinados nesta idade apresentam todos os dentes na boca. A meta da OMS para 2010 (100% com todos os dentes) ficou longe de ser alcançada. Com relação aos resultados do SB Brasil 2003 (55% com todos os dentes), o município apresentou resultado superior.

5.3 Grupo Etário 35-44 anos

O CPO-D encontrado neste grupo etário foi de 18,3. O componente mais preponderante foi o obturado, revelando uma média de 9 dentes obturados por usuário examinado mais que o dobro do grupo etário de 18 anos, conforme o gráfico 5.

GRÁFICO 5

Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 35-44 anos, Passa Tempo – MG, 2009.



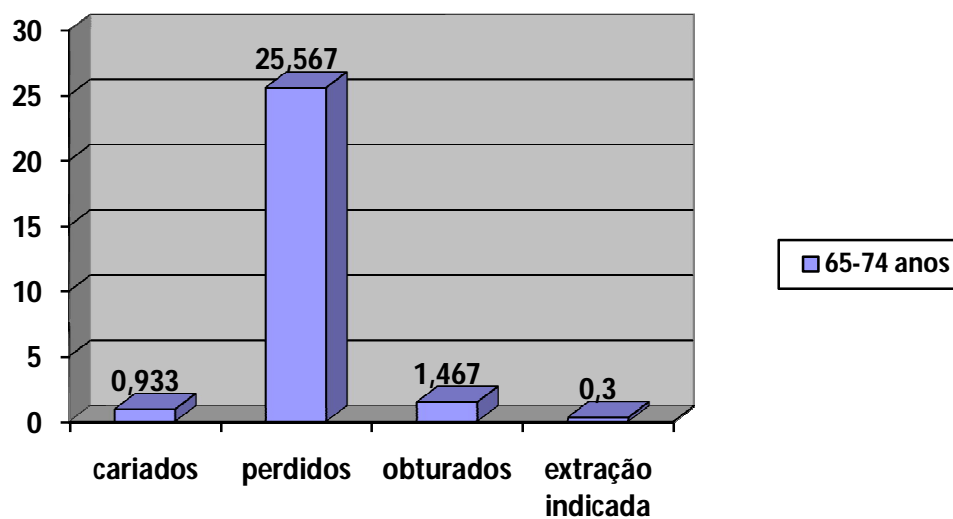
Um total de 79,7% dos examinados possuem 20 ou mais dentes presentes, um resultado superior ao encontrado no SB Brasil 2003 (54% com 20 ou mais dentes) e longe da meta da OMS para 2010, para essa faixa etária - 90% com 20 ou mais dentes.

5.4 Grupo Etário 65-74 anos

O CPO-D encontrado neste grupo etário foi de 28,3. O componente mais preponderante foi o perdido, revelando uma média de 25,6 dentes perdidos por usuário examinado, conforme o gráfico 6.

GRÁFICO 6

Distribuição dos componentes do CPO-D no grupo etário de 65-74 anos, Passa Tempo – MG, 2009.



Um total de 58,3% dos examinados são desdentados, um resultado inferior ao encontrado no SB Brasil 2003 (10% de desdentados) e longe da meta da OMS para 2010, para essa faixa etária – até 5% de desdentados.

GRÁFICO 7

Distribuição do CPO-D nas idades de 5 anos, 12 anos, 18 anos e nos grupos etários de 35-44 anos e de 65-74 anos, Passa Tempo – MG, 2009.

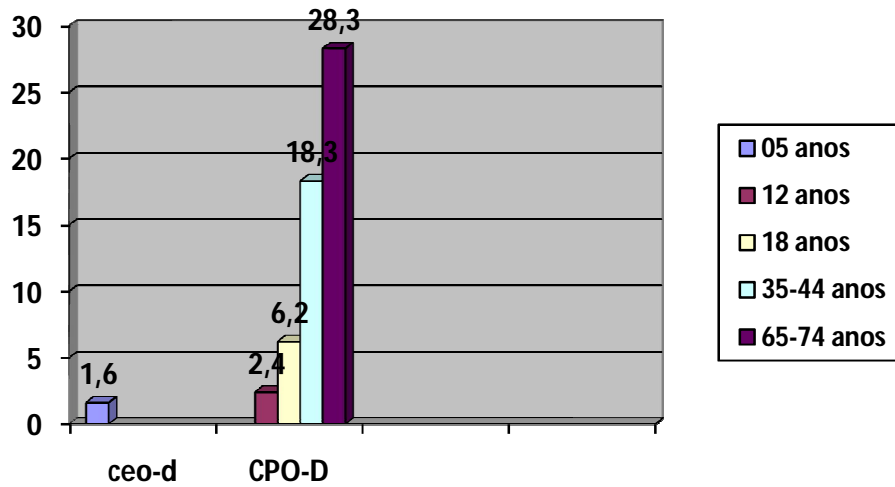
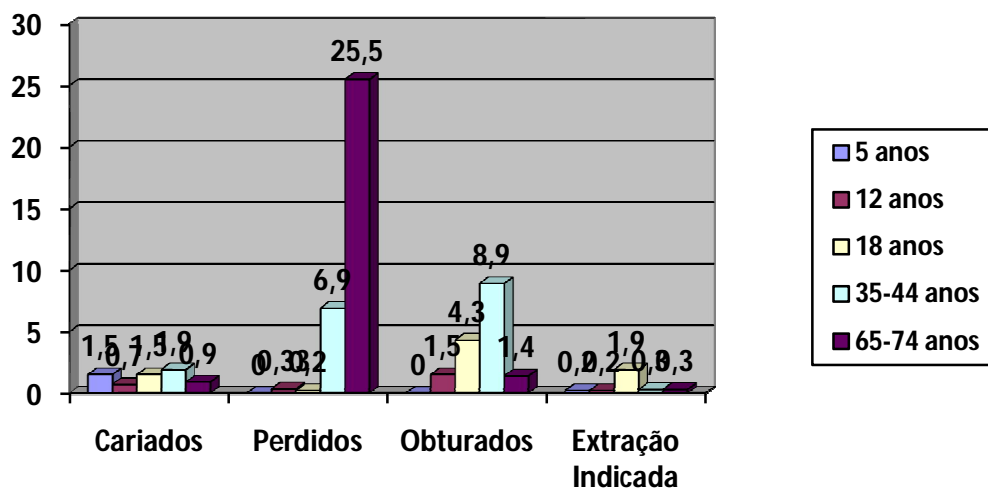


GRÁFICO 8

Distribuição dos componentes do CPO-D nas idades de 5 anos, 12 anos, 18 anos e nos grupos etários de 35-44 anos e de 65-74 anos, Passa Tempo – MG, 2009.



5.6 Resultados do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal, resultados do SB Brasil e as metas da OMS para 2010

O quadro 4 mostra os resultados obtidos por grupo etário no Levantamento Epidemiológico Passa Tempo 2009 e do SB Brasil e as metas da OMS para o ano de 2010.

QUADRO 4

Parâmetros para comparação e resultados do levantamento epidemiológico de Passa Tempo 2009 e do SB Brasil 2003 nos diferentes grupos etários examinados.

IDADE	META DA OMS PARA 2010	SB BRASIL 2003	LE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PASSA TEMPO 2009
5 anos	90% livres de cárie.	40% livres de cárie.	59,3% livres de cárie.
12 anos	CPO-D < ou = 1	CPO-D < ou = 2,78	CPO-D = 2,4
18 anos	100% com todos os dentes.	55% com todos os dentes.	80% com todos os dentes.
35-44 anos	90% com 20 ou mais dentes ou até 2% de desdentados.	54% com 20 ou mais dentes.	79,7% com 20 ou mais dentes presentes e 5,1% de desdentados.
65-74 anos	Até 5% de desdentados.	10% de desdentados.	58,3% de desdentados 16,7% com 20 ou mais dentes.

Observa-se que a situação do município de Passa Tempo, em 2009, está abaixo das metas propostas pela OMS para 2010, que não foram atingidas em nenhum grupo etário.

Os grupos etários de 18 anos, 35-44 anos e 65-74 anos estão mais longe de alcançarem as metas e observa-se a ausência de dados epidemiológicos anteriores a 2009 nestes grupos etários.

O Levantamento epidemiológico de 2009 apresenta resultados superiores ao SB Brasil em todos os grupos etários, exceto no grupo etário de 65-74anos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do levantamento epidemiológico apresentados nesse trabalho permitem a produção de muitas informações epidemiológicas. Entre tantas considerações, a análise destes resultados mostra que os grupos etários de 18 anos, 35-44 anos e 65-79 anos apresentam uma condição de saúde bucal pior que dos outros grupos etários. Os resultados encontrados em Passa Tempo são superiores aos resultados encontrados no SB Brasil, porém as metas propostas para 2010 não foram alcançadas.

Ao mesmo tempo, observa-se que a primeira pesquisa realizada nesses grupos no município de Passa Tempo foi em 2009. Nos anos anteriores os levantamentos epidemiológicos somente abrangiam as idades de 5 e 12 anos e, conseqüentemente, as ações derivadas de um planejamento também privilegiavam esses grupos.

Um modelo de atenção direcionado apenas a algumas faixas etárias acaba por priorizá-las e acaba por excluir outras faixas etárias da atenção básica em saúde bucal. Esta exclusão de alguns grupos em um Sistema Único de Saúde (SUS) é indesejável, uma vez que se contrapõe aos princípios deste sistema: universalidade de atenção – todo cidadão tem direito à saúde – e integralidade de serviços – as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade.

É evidente a necessidade de reorganização da atenção básica em saúde bucal no município de Passa Tempo. A epidemiologia e a realização de levantamentos epidemiológicos em um número mais abrangente de faixas etárias é um eixo fundamental à proposição de protocolos de atenção baseados em critérios de risco e ciclos de vida. Desta forma, é possível melhorar o planejamento, a atenção e o acesso às ações de saúde.

Revela-se aqui, a importância fundamental da educação permanente em saúde, garantindo uma articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos, conforme destacam vários autores (HADAD, 1990, SOUZA; 1991, RICALDONI, 2006).

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), como educação permanente em saúde, permitiu uma articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde.

Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos, conforme destacam vários autores (HADAD, 1990, SOUZA; 1991, RICALDONI, 2006).

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.723-740, outubro - dezembro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano de 2000**. Brasília. 2000. 43p.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano de 2002-20003. Resultados Principais**. Brasília. 2004. 51p.

CHIARELLI, M.Q. **O processo de municipalização dos serviços públicos de saúde em Marília/SP, 1983 a 1992**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1995.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1313-1320, Rio de Janeiro, setembro/outubro 2002.

DATASUS - 007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: < <http://www.datasus.org.br> > Acesso em 16 de outubro de 2009.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A.H.; DICKER, R. C.; SULLIVEN, K.; TAGAN, R. F. & ARNET, T. G. **Epi Info, version 6.0: a Word Processing Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers**. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

DINI, E.L.; FOSCHINI, A.L.R.; BRANDÃO, I.M.G.; SILVA, S.R.C. Mudanças na prevalência de cárie em crianças de sete a 12 anos de Araraquara, São Paulo, Brasil: 1989-1995. **Cad. de Saúde Pública**, v.15, n.3, p. 617-621, Rio de Janeiro, julho/setembro, 1999.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J**, v.32, n.1, 1982.

FOUREZ, G. A construção das ciências. Introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Edusp; 1997. In: **Conflitos, interesses e alegorias: o caso SB Brasil 2003**. Cad. Saúde Pública, v.26, n.4, p. 660-662, Rio de Janeiro, Apr. 2010.

FRACOLLI, L.A. & EGRY, E.Y. Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n. 5, p. 8-13, setembro-outubro, 2001.

FRIEDRICH, D.B.C. & PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.83-97, 2006.

GOMES, P.R.; COSTA, S.C.; CYPRIANO, S.; SOUZA, M.L.R. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. **Cad. de Saúde Pública**, v.20, n.3, p.866-870, Rio de Janeiro, maio/junho, 2004.

GLOBAL ORAL DATA BANK In: <http://www.whocollab.od.mah.se/amro.html>
Acesso em 18 de janeiro de 2010.

JORNAL DO SITE ODONTO. Ano IV - Nº 52 – Há metas em saúde bucal para 2010? Paulo Capel Narvai. Disponível em:
<<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel51.htm>> Acesso em: 09 de janeiro de 2010.

LLOMPART, G.; MARIN, G.H.; SILBERMAN, M.; MERLO, I.; ZURRIAGA, O. Oral health in 6-year-old schoolchildren from Berisso, Argentina: Falling far short of WHO goals. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.15, n.1, p. 101-105, janeiro, 2010.

LUCAS, S.D.; PORTELA, M.C.; MENDONÇA, L. L. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.21, n.1, p. 55-63, 2005.

MATUS, C. Sobre La Teoria de las Macroorganizaciones. Revista Pes, 3, 1994. *apud* ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências**. Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.723-740, outubro - dezembro, 1997.

MOIMAZ et al. **Aplicação de métodos epidemiológicos no serviços de saúde bucal da região metropolitana de Belo Horizonte – MG**. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v.40, n.3, p.207-286, julho / setembro, 2004.

NARVAI, P.C. Está ocorrendo um declínio de cárie no Brasil? Jornal da ABOPREV, v.1, Rio de Janeiro, mar. /abr., 1996. In: **Avaliação da prevalência de cárie dentária em escolares do município de Piracicaba, SP, Brasil, após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público**. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.11, n.4, out./dez., 1997.

NARVAI, P.C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Rede CEDROS; 1992.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, Rio de Janeiro, Fevereiro/2008.

OLIVEIRA, A.G.R.C *et al.* Levantamentos Epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, n.2, p. 177-189, 1998.

OMS, 1999 Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4ª Ed. São Paulo: Santos Editora Ltda., 1999. 66 pp.

PEREIRA, A.C. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 440p.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5. Ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008. 635p.

PUCCA, Gilberto Jr. Por um Brasil Sorridente! **Revista ABO Nacional**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 73-75, abr/mai 2004.

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3):428-429, mar, 2010

QUEIROZ, R.C.S.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p. 47-58, jan., 2009.

SALES-PERES, S.H.C; BASTOS, J.R.M. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na Região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.18, n.5, p. 1281-1288, Rio de Janeiro, setembro/outubro 2002.

SENNA, M.C.M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SMS-PT - Secretaria Municipal de Saúde de Passa Tempo. Série histórica dos indicadores de saúde bucal do município de Passa Tempo. Passa Tempo, 2009.

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Secretária Municipal de Saúde de Passa Tempo, maio / 2008.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. Ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993; p. 237-265.

TESH, S.N. Hidden arguments. Political ideology and disease prevention policy. New Brunswick: Rutgers; 1990. In: **Conflitos, interesses e alegorias: o caso SB Brasil 2003**. Cad. Saúde Pública, v.26, n.4, p. 660-662, Rio de Janeiro, Apr. 2010.