

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MICHELLE VILLETORT DE BESSA CAMPOS

**ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA E DO ACESSO AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
JABOTICATUBAS/MG**

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2013

MICHELLE VILLEFORT DE BESSA CAMPOS

**ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA E DO ACESSO AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
JABOTICATUBAS/MG**

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. Heriberto Fiuza Sanchez.

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2013

MICHELLE VILLEFORT DE BESSA CAMPOS

**ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA E DO ACESSO AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
JABOTICATUBAS/MG**

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez - Orientador

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte: 14/09/2013

DEDICATÓRIA

Aos pacientes da UBS Cecília Rodrigues Miranda, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha família, companheiro e amigos pelo apoio e paciência.
Ao meu orientador pela atenção e disponibilidade.

“Com organização e tempo, acha-se o segredo de fazer tudo e bem feito”.

(Pitágoras)

RESUMO

A organização da demanda através da classificação de risco permite ao profissional conhecer melhor sua área de abrangência e traçar um perfil epidemiológico dos seus pacientes. Permite também planejar seu atendimento, priorizando grupos de risco e pacientes com maior necessidade de tratamento. A classificação de risco pode permitir ainda a identificação e intervenção precoce de cáries, permitindo tratamento conservador e minimizando o número de perdas dentárias por cáries, e também a identificação e tratamento da queixa principal do paciente, trazendo maior satisfação ao usuário e reduzindo, a longo prazo, o aparecimento de casos de demanda espontânea. O objetivo deste estudo é elaborar um plano de ação para organizar a demanda e o acesso ao tratamento odontológico da UBS Cecília Rodrigues Miranda (Jaboticatubas/MG). O presente trabalho foi realizado através uma revisão narrativa sobre classificação de risco e organização de demanda odontológica. Para a busca na literatura foram utilizados os unitermos: "Levantamento de necessidades em saúde bucal", "Índice de cárie", "Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde", "Programa Saúde da Família" e "Classificação de risco". Foram avaliadas as publicações dos últimos 12 anos, em português, disponíveis no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Após a revisão, elaborou-se um protocolo baseado na classificação de risco odontológico dos usuários para organizar o acesso ao tratamento odontológico. Foi apresentado ainda um modelo de agenda baseado na classificação de risco odontológico dos usuários, priorização de grupos de maior vulnerabilidade e considerando a divisão por microáreas, para organizar a demanda programada.

PALAVRAS-CHAVE

Levantamento de necessidades em saúde bucal, índice de cárie, classificação de risco

ABSTRACT

The demand organization by risk assessment allows the professional to better understand their coverage area and outline an epidemiological profile of their patients. It also allows planning your care, prioritizing risk groups and patients that are most in need of treatment. The risk assessment may also allows identification and early treatment of caries, allowing conservative treatment and minimizing the loss of teeth, as well as the identification and treatment of the patient's main complaint, bringing greater satisfaction to the user and reducing the emergence of spontaneous demand cases in the long run. The aim of this study is to formulate a plan of action to organize the demand and the access to the dental treatment at UBS Cecilia Rodrigues Miranda (Jaboticatubas / MG). This work was performed through a narrative review on risk assessment and organization of dental demand. For the literature research were been used the keywords: "Need Surveys of oral health", "Index caries", "Health Services Needs and Demand", "Family Health Program" and "Risk assessment". Were assessed only portuguese publications of last 12 years, availables on Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean health Sciences (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and in virtual library of the AGORA program platform of the Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). After review, a protocol based on dental risk assessment was elaborated to organize the users' access to dental treatment. Also, to organize the scheduled demand was presented a model of agenda based on dental risk assessment of users, prioritizing of the most vulnerable groups and considering division by microareas.

KEYWORDS

Need surveys of oral health, index caries, risk assessment

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Revisão de literatura sobre organização da demanda e acesso odontológico, 2013.	21
Quadro 2 – Códigos e critérios de classificação do inquérito de necessidades em saúde bucal.	25
Quadro 3 - Critérios para codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal adotado pela Prefeitura de Belo Horizonte.	25
Quadro 4 - Classificação de risco da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.	26
Quadro 5 – Descritores, valores e fontes relacionados à demanda de saúde bucal da população cadastrada na UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG. .	28
Quadro 6 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	30
Quadro 7 - Propostas de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	32
Quadro 8 - Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	33
Quadro 9 – Critérios para codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal, utilizado na UBS Cecília Rodrigues Miranda, 2013.	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Árvore explicativa do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	29
Figura 2 – Modelo de planilha de classificação de risco odontológico por microárea, da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	39
Figura 3 – Modelo de ficha individual de classificação de risco da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	39
Figura 4 - Programação da Atenção em Saúde Bucal, UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de risco odontológica dos alunos do Cantinho da Criança (Brinquedoteca), Jaboticatubas/MG.	37
Tabela 2 – Classificação de risco odontológica dos alunos da Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar, Jaboticatubas/MG.	37
Tabela 3 – Classificação de risco odontológica dos alunos da Escola Municipal Padre Candinho, Jaboticatubas/MG.	38
Tabela 4 – Classificação de risco odontológica, por microárea da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente comunitário de Saúde

ART - Tratamento Restaurador Atraumático

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ceo-d – Índice de Dentes Decíduos Cariados, Perdidos e Obturados

CPI - Índice Periodontal Comunitário

CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

EJA - Educação de Jovens e Adultos

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

IHO - Instrução de Higiene Oral

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PNE – Portadores de Necessidades Especiais

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto-atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	CONHECENDO A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS CECÍLIA RODRIGUES MIRANDA (JABOTICATUBAS).....	16
4	OBJETIVOS	19
	OBJETIVO GERAL	20
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5	MÉTODOS.....	21
6	RESULTADOS.....	22
7	REVISÃO DE LITERATURA	24
8	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar no serviço público, através da prestação de serviços como cirurgiã-dentista de Estratégia de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pôr-do-Sol (Lagoa Santa/MG), deparei-me com uma realidade bastante diferente àquela do serviço privado. As dificuldades encontradas ao realizar as atribuições de promoção de saúde, inerentes ao cargo, e ao lidar com a infraestrutura e a organização do serviço público, somadas ao desejo de ajudar a minimizar as carências da população, despertaram em mim o interesse de aprofundar os estudos em saúde pública.

A oportunidade de participar do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEASBF) veio de encontro ao meu desejo de prosperar profissionalmente e ofertar um serviço de melhor qualidade para a população.

Quando me efetivei no serviço público em outro município (UBS Cecília Rodrigues Miranda, distrito São José de Almeida, Jaboticatubas), deparei-me com uma população de 4.747 habitantes cadastrados na UBS, bem acima da preconizada pelo Ministério da Saúde. Uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2011). Além disso, os pacientes de outra equipe de saúde, que não apresenta equipe de saúde bucal (ESB), são referenciados para esta UBS, totalizando uma população de mais de 7.000 habitantes para uma única ESB.

A demanda espontânea por tratamento odontológico era enorme e havia uma desorganização do acesso ao tratamento programado: pacientes aguardando tratamento há mais de dois anos, uma “lista de espera” sem registro escrito, pacientes da “lista” que não passaram por nenhuma avaliação prévia, ausência de prioridade no tratamento para grupos vulneráveis (gestantes, escolares, portadores de necessidades especiais – PNE, diabéticos, etc.).

O objetivo deste estudo é elaborar um plano de ação para organizar a demanda e o acesso ao tratamento odontológico da UBS Cecília Rodrigues Miranda (Jaboticatubas/MG).

2 JUSTIFICATIVA

A demanda programada odontológica, no serviço público, tem sido um problema, pois de maneira geral, faltam critérios técnicos para orientá-la. O acesso aos serviços de saúde bucal tem ocorrido através do atendimento de emergências ou de inscrições em enormes filas para tratamento que, por sua demora em atender as necessidades das pessoas, acabam por fazê-las sofrerem as consequências desta espera (como a perda de elementos dentários) ou desistirem do tratamento. Portanto, a definição de prioridades é importante para promover a equidade. (DUMONT *et al.*, 2008).

O planejamento e a programação deverão ser desenvolvidos a partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco (BRASIL, 2001).

A organização da demanda através da classificação de risco permite ao profissional conhecer melhor sua área de abrangência e traçar um perfil epidemiológico dos seus pacientes. Permite também planejar seu atendimento, priorizando grupos de risco e pacientes com maior necessidade de tratamento. A classificação de risco pode permitir ainda a identificação e intervenção precoce de cáries, permitindo tratamento conservador e minimizando o número de perdas dentárias por cáries, e também a identificação e tratamento da queixa principal do paciente, trazendo maior satisfação ao usuário e reduzindo, a longo prazo, o aparecimento de casos de demanda espontânea.

3 CONHECENDO A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS CECÍLIA RODRIGUES MIRANDA (JABOTICATUBAS)

O diagnóstico situacional da população coberta pela equipe foi realizado através da busca de dados existentes em fontes secundárias (SIAB, Consolidado das famílias cadastradas 2011 e 2012, Constituição de Equipe) e observação ativa.

3.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos

A comunidade de abrangência da UBS Cecília Rodrigues Miranda está localizada no Distrito São José de Almeida, pertencente ao município de Jaboticatubas/MG. Sua área de abrangência inclui os bairros JK, Centro, Novo Belo Horizonte, Santo Amaro, Veraneio, Alto João da Costa, Joana e Curralinho. A comunidade atualmente possui 4.747 pessoas cadastradas (1.531 famílias), divididas em nove microáreas (M40, M41, M42, M43, M44, M45, M46, M47 E M48) e atendidas por uma equipe de saúde da família (ESF) – “Equipe Azul” - e uma equipe de saúde bucal (ESB).

A população está em constante expansão. Segundo o Consolidado das Famílias, houve um crescimento populacional de 11,71% (n=556), entre 2011 e 2012.

Aproximadamente dois terços da população têm acesso ao sistema de água da rede pública, porém apenas 16,98% possui rede de esgoto. Quase um terço da população (29,32%) utiliza água de poço ou nascente. Esse fato é preocupante, uma vez que muitas famílias enterram seu lixo (32,59%) e descartam suas fezes/ urina em fossas (82,23%), podendo contaminar a água dos poços ou nascentes e aumentar a incidência de doenças. Além disso, no distrito de São José de Almeida, a água da rede pública não é fluoretada, o que contribui para o elevado índice de cáries e conseqüentemente perda precoce de dentes e alto índice de necessidade de prótese observado na população.

Observa-se um alto número de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), em especial Diabetes Mellitus (n=159) e Hipertensão Arterial(n=787). Há também números expressivos de deficiência (n=69) e alcoolismo (n=45). O número de gestantes também é elevado (n=43), sendo que mais de um terço delas possui menos de 14 anos de idade. Há necessidade de trabalhos preventivos, especialmente nas escolas de ensino fundamental.

3.2 Recursos de saúde

A UBS Cecília Rodrigues Miranda foi inaugurada há pouco menos de 3 anos e está situada à Rua das Rosas, 287 – Bairro das Flores.

O imóvel é relativamente novo e está bem conservado. Seu espaço já foi construído com a finalidade de ser uma unidade de saúde. A Unidade conta com uma ESF e ESB modalidade II. A unidade conta com o apoio especializado de ginecologia, cardiologia, fisioterapia, fonoaudiologia e, ainda, atenção especializada a portadores de necessidades especiais. Além disso, a unidade possui também uma farmácia.

A área da recepção é grande e permite acolher um grande número de pessoas. Existe uma sala de reuniões, embora na unidade não ocorram reuniões com toda a equipe de saúde, apenas da coordenadora de equipe (enfermeira) com as ACS. Esta sala atualmente é utilizada para trabalhos com grupos operativos e também é utilizada como sala para tomadas radiográficas odontológicas. Há uma sala de vacina, sala de curativos, consultório de enfermagem, consultório médico, consultório ginecológico, farmácia, consultório odontológico, escovário (atuamente utilizado como depósito), quatinho de limpeza, sala das ACS, dois banheiros masculinos (um para usuários e um para funcionários), dois banheiros femininos (um para usuárias e um para funcionárias), e ainda há um banheiro no consultório da enfermagem. Há também uma grande área livre, ao redor da unidade, atualmente não utilizada.

A atenção secundária é referenciada para o Centro de Saúde José Evaristo Rodrigues e a atenção terciária é referenciada para Fundação Hospitalar Santo Antônio, ambos localizados na sede do município. Quando as necessidades de atenção secundária e terciária apresentadas vão além das ofertadas pelo município, os pacientes são referenciados para outros municípios.

O único serviço odontológico de atenção secundária ofertado pelo município é o de apoio diagnóstico através de tomadas radiográficas interproximais ou periapicais. Não há protocolo de referência para atenção secundária, sendo os pacientes com demanda de atenção especializada (endodontia, periodontia, próteses, etc) orientados a procurar serviço privado/particular, ou gratuito em instituições de ensino ou atendimento público de livre demanda. Há uma referência pactuada com o

Hospital Médico Odilon Behrens para atenção terciária odontológica, incluindo o atendimento hospitalar (sob anestesia geral) de pacientes portadores de necessidades especiais não colaborativos.

O distrito não está equipado com uma UPA, e o hospital municipal localizado na sede do município é que recebe os casos mais complexos e de emergência. Porém, mesmo o hospital tem pouca infra-estrutura para este tipo de atendimento e uma demanda além de suas capacidades. Muitos pacientes acabam sendo reencaminhados para sua unidade básica ou referenciados para outras cidades. Não há um meio de transporte adequado (e. g. ambulância) para deslocamento dos pacientes entre a UBS e o hospital.

Os recursos materiais da unidade são limitados. Constantemente faltam materiais de consumo nas áreas médico-hospitalar, farmacêutica e principalmente odontológica. Além da indisponibilidade de alguns itens, alguns materiais no setor odontológico chegam do almoxarifado com validade vencida ou com prazo de validade curto.

3.3 Mapeamento de instituições e projetos

Nas últimas administrações houve algum investimento público na comunidade (escolas, centro de saúde, creche). O distrito de São José de Almeida conta com uma associação de moradores que têm conseguido algumas melhorias. Contudo, atualmente não há membros desta associação no Conselho Municipal de Saúde. Aliás, não há nesse conselho nenhum membro que resida no distrito.

São José de Almeida possui uma creche (Cantinho da Criança), duas escolas municipais (Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar e Escola Municipal Padre Candinho) de educação infantil e fundamental e uma escola estadual (Escola Estadual Eduardo Góes Filho) de ensino fundamental e médio e de educação de jovens e adultos (EJA).

Cantinho da Criança (Brinquedoteca)

Essa creche municipal, apelidada de “Brinquedoteca”, funciona no turno da tarde, sob supervisão do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), e atende 20 crianças entre dois e três anos de idade.

Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar

Essa escola possui 13 turmas em cada turno (manhã/ tarde), sendo três de educação infantil e 10 de educação fundamental (até o 5º ano), totalizando 632 alunos (305 no turno da manhã e 327 no turno da tarde). Os alunos têm idades que variam de 4 a 10 anos.

Escola Municipal Padre Candinho

Essa escola rural, situada próxima à região da Serra do Cipó, funciona apenas no turno da manhã e possui sete turmas, duas de educação infantil e quatro de educação fundamental (até 5º ano), totalizando 57 alunos. As idades dos alunos variam de 4 a 14 anos.

Escola Estadual Eduardo Góes Filho

Essa escola oferece ensino fundamental e médio, totalizando 758 alunos (327 no turno da manhã, 345 no turno da tarde e 86 no turno da noite). Os alunos de ensino regular têm de 9 anos a 15 anos de idade no ensino fundamental e de 15 a 18 anos no ensino médio. Os alunos da EJA têm a partir de 15 anos no ensino fundamental e a partir de 18 anos no ensino médio.

3.4 Observação ativa

Principais pontos observados: lixo acumulado em lotes vagos; animais soltos; a maioria das ruas não é asfaltada (“chão de terra batida”); altíssimo índice de cárie dentária; crianças desassistidas pelos pais; baixo nível de escolaridade da população; baixo nível de informação da população sobre doenças e formas de prevenção e sobre os serviços de saúde; problemas no processo de trabalho da ESF, em especial na inserção do cirurgião dentista na estratégia de saúde da família (luta do dentista para ser incluído nas atividades da unidade, como por exemplo, o acolhimento de pacientes, reuniões de equipe, grupos operativos, etc); elevada demanda espontânea e desorganização do acesso ao tratamento odontológico (pacientes aguardando tratamento há mais de dois anos, “lista de espera” sem registro escrito, pacientes da “lista” sem passarem por nenhuma avaliação prévia, ausência de prioridade no tratamento para grupos vulneráveis: gestantes, escolares, portadores de necessidades especiais, diabéticos, etc); desestrutura dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à gestão municipal de recursos materiais.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação para organizar a demanda e o acesso ao tratamento odontológico da UBS Cecília Rodrigues Miranda (Jaboticatubas/MG).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão bibliográfica sobre classificação de risco e organização de demanda odontológica;
- Elaborar um modelo de agenda, baseada na classificação de risco odontológico dos usuários, priorização de grupos de maior vulnerabilidade e divisão por microárea, para organizar a demanda programada.

5 MÉTODOS

A revisão narrativa constitui a seleção e análise de publicações na interpretação crítica pessoal do autor, sendo um trabalho apropriado para descrever o desenvolvimento de um determinado tema, sob o ponto de vista contextual ou teórico (ROTHER, 2007). Este tipo de revisão é recomendada em trabalhos de conclusão de curso devido a suas características de menor complexidade e pelo tempo disponível para conclusão da publicação. Também está indicada para a proposição de projetos de intervenção, baseado em revisão bibliográfica, sem produção de dados primários, o que libera da submissão a comitês de ética de pesquisa e estabelece relação direta com processos de trabalho do autor e sua equipe (CORRÊA *et al.*, 2013).

O presente trabalho foi realizado através de uma revisão narrativa sobre classificação de risco e organização de demanda odontológica. Para a busca na literatura foram utilizados os unitermos: “Levantamento de necessidades em saúde bucal”, “Índice de cárie”, “Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde”, “Programa Saúde da Família” e “Classificação de risco”.

Foram avaliadas as publicações dos últimos 12 anos, em português, obtidas através da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

Após a revisão, elaborou-se um protocolo baseado na classificação de risco odontológico dos usuários para organizar o acesso ao tratamento odontológico.

6 RESULTADOS

Os critérios de inclusão permitiram a seleção de 19 publicações, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Revisão de literatura sobre organização da demanda e acesso odontológico, 2013.

Autores	Ano de publicação	Títulos	Referências
Antunes, J.L.F.; Peres, M.A.M.; Campos, T.R.	2006	Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.11, n. 1, p.79-87, 2006.
Barbosa, G.S.	2010	Classificação de risco como instrumento para organização do processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos.	UFMG. Faculdade de Medicina. Conselho Lafaiete, 2010. 39f. (Monografia).
Camargos, M.H.L.R.	2011	A organização das ações de saúde bucal no contexto da estratégia saúde da família	UFMG. Faculdade de Medicina. Patos de Minas, 2011. 23f. (Monografia).
Cypriano, S.; Sousa, M.L.R.; Rihs, L.B.; Wada, R. S.	2003	Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999	Revista Saúde Pública, v.37, n. 2, p. 247-53, 2003.
Dumont, A.F.S; Salla, J.T.; Vilela, M.B.L.; Moraes, P.C.; Lucas,S.D.	2008	Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá	Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.13, n. 3, p.1017-1022, 2008.
Dutra, A.C.M. et al.	2005	O levantamento de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte.	SMSA. Belo Horizonte, 2005
Egry, E.Y.; Oliveira, M.A.C.; Ciosak, S.I. et al.	2009	Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família.	Revista da Escola de Enfermagem - USP, vol.43, esp. 3, p. 1181-6, 2009.
Frassetto, L. B.P.M.	2010	Estudo exploratório da demanda da Estratégia Saúde da Família Jardim Cascata, Porto Alegre - RS.	UFRS. Faculdade de Odontologia. Porto Alegre, 2010. 37p. (Monografia).
Jaccottet, C.M.G.; Barros, A.J.D.; Camargo, M.B.J. et al.	2012	Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009.	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol. 21, n. 2, p.333-340, 2012.

Autores	Ano de publicação	Títulos	Referências
Junqueira, S.R.	2012	Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.17, n. 4, p.1015-1024, 2012.
Magalhães, M.A.S.	2009	Utilização do levantamento de necessidades para o planejamento das ações de saúde bucal na área de abrangência do Centro de Saúde São José Operário, distrito sanitário leste de Belo Horizonte.	UFMG. Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte, 2009. 24p. (Monografia).
Nuto, S.A.S.; Oliveira, G.C.; Andrade, J.V. et al.	2010	O Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-CE: um relato de experiência.	Revista de Atenção primária à Saúde, vol. 13, n. 4, p. 505-509, 2010.
Oliveira, A.G.R.C.; Unfer, B.; Costa, I.C.C. et al.	1998	Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde.	Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 1, n. 2, p.177-189, 1998.
Palmier, A.C.; Ferreira, E.F.; Mattos, F. et al.	2010	Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.	Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010. 71p.
Pereira, A.C; Meneghim, M.C.; Bíscaro, M.A.G. et al.	1999	Índice de necessidades de tratamento em odontologia – um novo conceito em planejamento de serviços.	Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, vol. 11, n. 2, p. 16-22, 1999.
Resende, F.M.	2010	A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família.	UFMG. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2010. 34f. (Monografia).
Roncalli, A.G.	2000	A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva.	UNESP. Faculdade de Odontologia. Araçatuba, 2000. 238p. (Tese)
Santos, A.M.	2006	Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes.	Revista de Atenção primária à Saúde, vol. 9, n. 2, p. 190-200, 2006.
Souza, C.E.R; Pamplona, D.F.; Gonçalves, L. et al.	2007	Levantamento epidemiológico de cárie dentária – Barão Geraldo – Campinas – SP.	Revista Gaúcha de Odontologia, v. 55, n. 4, p. 363-368, 2007.
Souza, M.F.	2010	A gestão do cuidado odontológico no programa saúde da família no centro de saúde Goiânia – Belo Horizonte.	UFMG. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2010. 33f. (Monografia).

7 REVISÃO DE LITERATURA

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Viabiliza por meio de ações estratégicas, onde se estabelecem metas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações. O ato de planejar é importante porque permite melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, aumentando as chances de alcançarmos os nossos objetivos. Para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco (BRASIL, 2008; CAMPOS *et al.*, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais. O desenvolvimento de ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do território está entre os principais desafios da organização da atenção em saúde bucal na Saúde da Família. As ações programadas de assistência devem levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar.

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Deve ser realizado por profissional da saúde que identifica os usuários que necessitam de atenção prioritizada. Para definição das atividades educativo-preventivas e curativas é importante considerar também a atividade da doença. A adoção deste critério, embora priorize esta situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades (BRASIL, 2004, 2008).

O inquérito de necessidades individuais e coletivas orienta a coleta de dados para a posterior análise e tomada de decisões no planejamento da assistência individual. Estes podem ser realizados no próprio serviço, nos domicílios dos usuários, em escolas ou creches, dentre outros. É um instrumento de vigilância epidemiológica e deve ser utilizado com a finalidade de planejamento das ações em odontologia, subsidiando o agendamento para o atendimento individual, e como resultado, são produzidos dados considerados necessários para estabelecer a prioridade e o tipo de serviço a ser disponibilizado. Os levantamentos epidemiológicos produzem dados mais precisos que os inquéritos; no entanto, são mais complexos quanto à execução (FERREIRA, 2005 apud DUMONT, 2008).

A avaliação de risco serve para definir a priorização para a atenção individual programada e para determinar as necessidades dos usuários. Deve ser feita preferencialmente em consulta agendada, com frequência a ser definida pela equipe. Todos os usuários que procurarem o atendimento por livre demanda ou por encaminhamento da equipe de saúde e os usuários dos grupos priorizados devem ter a avaliação de risco feita pelo cirurgião-dentista de modo a se avaliar o melhor encaminhamento. Como o serviço pode não ter capacidade para atender a toda a população adscrita de forma imediata, devem ser estabelecidos critérios de priorização para esse atendimento, baseados em critérios de risco, de forma a se atender primeiramente os usuários que apresentam maiores necessidades. Os grupos prioritários são aqueles formados por pessoas que merecem atenção especial devido à sua condição. Podem ser divididos em risco sistêmico (diabéticos, imunodeprimidos, hipertensos e portadores de necessidades especiais), risco social (famílias com problemas econômicos, sociais ou em sua estrutura) e risco por ciclo de vida (como crianças, gestantes e idosos, por exemplo) (SES/MG, 2006).

Segundo Resende (2010) existem alguns métodos de organização da demanda descritos na literatura, como acolhimento, inquérito de necessidades, triagem, critérios de risco e levantamentos de cárie. Algumas diferenças podem tornar um mais adequado a cada situação.

Diversos autores utilizam os índices CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) e ceo-d (dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) para estabelecer prevalência de cárie e planejar as ações de saúde (ANTUNES *et al.*, 2006; SOUZA *et al.*, 2007).

Cypriano *et al.* (2003) utilizaram uma associação dos índices CPO-D e ceo-d a outros índices como CPI (Índice Periodontal Comunitário), Dean (para determinar grau de fluorose) e ainda o *Care Index* (índice de cuidados, que avalia cuidados restauradores recebidos pela população). Pereira *et al.* (1999) associaram-nos ao índice de necessidade de tratamento.

Egry *et al.* (2009) utilizaram-se de inquéritos de saúde, aplicados por Agentes Indígenas de Saúde, previamente capacitados, para organizar o agendamento dos pacientes para atendimento odontológico.

Dutra *et al.* (2005) utilizaram uma classificação, em creches de Belo Horizonte, baseada na quantidade de dentes acometidos pela doença no indivíduo, como pode ser observar no quadro que se segue.

Quadro 2 – Códigos e critérios de classificação do inquérito de necessidades em saúde bucal.

CÓDIGO	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
0	Não apresenta dente permanente e/ ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração.
1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
2	Apresenta de 03 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
3	Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda.

Fonte: SMSA/BH (2005)

De acordo com Palmier *et al.* (2010), a Atenção à Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte adota um modelo bastante semelhante, mas que além da avaliação de dentes acometidos por cárie, também avalia a condição periodontal e a necessidade de prótese, conforme quadro apresentado a seguir:

Quadro 3 - Critérios para codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal adotado pela Prefeitura de Belo Horizonte.

CÓDIGO	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
0	Não apresenta dente permanente e/ ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração.
1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
2	Apresenta de 03 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.

3	Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais, aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada.
5	Apresenta a cárie dentária sob controle; a doença periodontal apresenta-se como o maior problema
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda.

Fonte: Palmier et al. (2010)

A Linha Guia de Atenção em Saúde Bucal (SES/MG, 2006) propõe um modelo de classificação de risco baseado na presença de doença e na necessidade de tratamento, conforme quadro a seguir:

Quadro 4 - Classificação de risco da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

R1 - Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:

1. Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido.
2. Doença periodontal ativa: sangramento; secreção.
3. Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, rouquidão, etc...)
4. Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros.
5. Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado por alterações bucais.

R2 - Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador

1. presença de cálculo
2. necessidade de prótese removível
3. necessidade de tratamento/atenção primária
4. necessidade de tratamento/atenção especializada
5. outros

R3 - Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

Fonte: SES/MG (2006)

8 PLANO DE INTERVENÇÃO

No Diagnóstico Situacional realizado na UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG, foram detectados diversos problemas. Entre eles, destacou-se a grande demanda espontânea por tratamento odontológico associado à desorganização do acesso ao tratamento programado: pacientes aguardando tratamento há mais de dois anos, uma “lista de espera” sem registro escrito, pacientes da “lista” que não passaram por nenhuma avaliação prévia, ausência de prioridade no tratamento para grupos vulneráveis (gestantes, escolares, portadores de necessidades especiais – PNE, diabéticos, etc).

O problema enfrentado despertou a necessidade de se pesquisar estratégias de organização da demanda e classificação de risco, com a finalidade melhorar o acesso ao tratamento odontológico, organizar a agenda odontológica, priorizar o acesso a grupos de maior vulnerabilidade, e garantir que todas as microáreas tenham acesso ao tratamento.

8.1 Descrição do problema selecionado

A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS *et al.*, 2010).

Para facilitar o processo de descrição, o quadro 5 reúne descritores relacionados ao problema da demanda de saúde bucal da população cadastrada na UBS Cecília Rodrigues Miranda.

Quadro 5 – Descritores, valores e fontes relacionados à demanda de saúde bucal da população cadastrada na UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

Descritores	Valores	Fontes
Indivíduos cadastrados na unidade	4747	SIAB
Diabéticos cadastrados	159	SIAB
Hipertensos cadastrados	787	SIAB
Pacientes portadores de necessidades especiais cadastrados	69	SIAB
Gestantes cadastradas	43	SIAB
Crianças cadastradas na Brinquedoteca	20	CRAS
Escolares cadastrados na Escola Municipal Padre Candinho	57	Secretaria de Educação
Escolares cadastrados na Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar	632	Secretaria de Educação
Escolares cadastrados na Escola estadual Eduardo Góes Filho	758	Secretaria de Educação

Fonte: SIAB, 2012; Prefeitura de Jaboticatubas (CRAS e Secretaria de Educação), 2013.

8.2 Explicação do problema

O modelo de desenvolvimento econômico e social determina o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico, e as políticas públicas, que influenciam os hábitos e estilos de vida da população (como a baixa condição financeira) e o nível de informação sobre riscos e agravos e sobre direitos sociais. Além disso, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho que, por sua vez, interfere no uso de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra-referência e capacitação de pessoal, e ainda, na resposta do sistema de saúde. Esta resposta pode melhorar a autonomia do paciente no auto-cuidado e modificar o desenvolvimento do risco ou agravo (CAMPOS *et al.*, 2010).

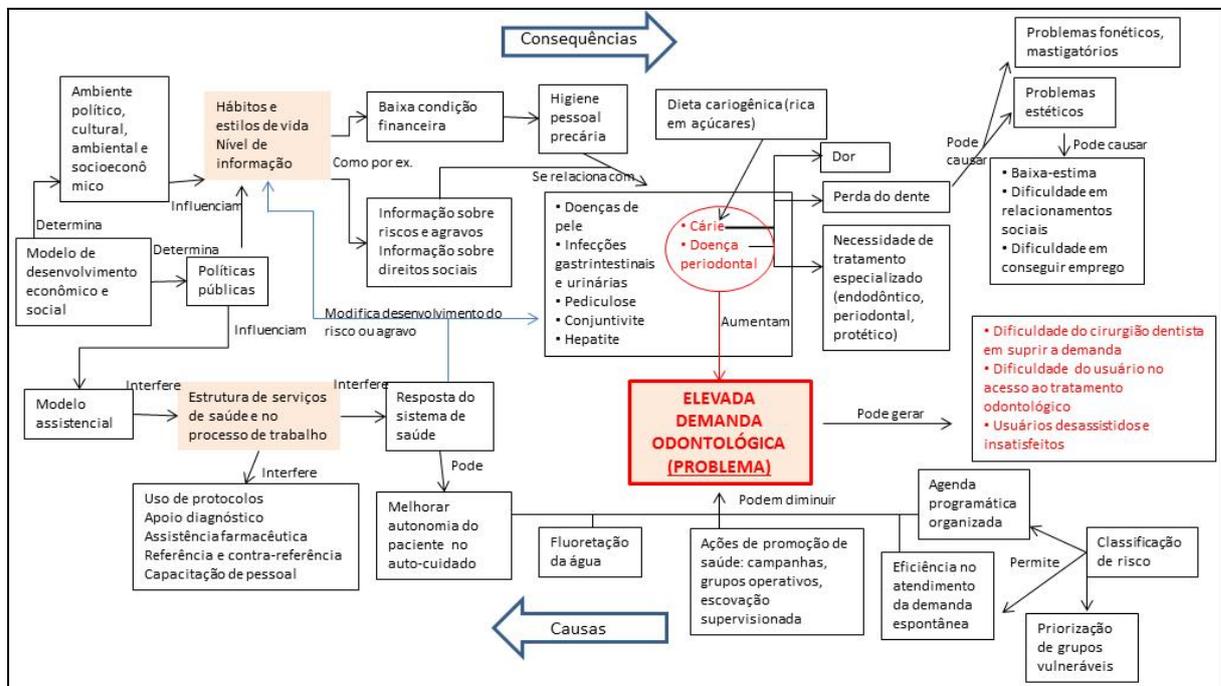
Uma higiene pessoal precária, principalmente se associada a uma dieta cariogênica (rica em açúcares), aumenta a formação de placa e cálculo, podendo levar à doenças bucais como cárie e doença periodontal. Essas doenças podem gerar no paciente dor, perda do elemento dentário e necessidade de tratamento especializado (endodôntico, periodontal e protético). Além disso, a cárie e a perda do elemento dentário podem gerar problemas estéticos, fonéticos e mastigatórios, podendo levar ainda à baixa-estima e exclusão social (afetando vida pessoal e profissional).

A elevada prevalência dessas doenças aumenta a procura pelo serviço odontológico na UBS. A razão profissional/usuário é fixada pelo Ministério da Saúde: um cirurgião-dentista/ESB pra cada população de 3.000 a 4.000 habitantes (BRASIL, 2011). Uma vez que esta razão não se altera, e a demanda é elevada, o profissional tem maior dificuldade em suprir a demanda, o acesso ao tratamento fica dificultado, e os usuários acabam por ficar insatisfeitos com o serviço e desassistidos.

A classificação de risco permite uma organização da agenda programática, mais eficiência no atendimento da demanda espontânea e priorização de grupos vulneráveis. Além disso, a combinação destes fatores, associados à autonomia do paciente no auto-cuidado, fluoretação do sistema de abastecimento de água, e ações de promoção de saúde (campanhas, grupos operativos, escovação supervisionada) podem reduzir a demanda odontológica.

A figura 1 apresenta um esquema (árvore explicativa) que sintetiza a explicação do problema da elevada demanda odontológica.

Figura 1 - Árvore explicativa do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.



Fonte: Autoria Própria (2013)

8.3 Seleção dos nós-críticos

A identificação das causas é fundamental para enfrentamento do problema. É necessário identificar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. “Nó crítico” é um tipo de causa que, ao ser combatida, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do interventor (CAMPOS *et al.*, 2010).

Foram considerados nós-críticos os hábitos e estilos de vida, o nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde.

8.4 Desenho das operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de ação. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS *et al.*, 2010).

O Quadro 6 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Quadro 6 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Sorriso Saudável Modificar hábitos e estilos de vida.	Melhores condições de higiene oral e hábitos de alimentação; redução na incidência de cárie.	Escovação supervisionada coletiva com IHO nas escolas e com grupos operativos; campanha educativa em rádio local; programa “merenda saudável”; cartilhas sobre dieta e higiene oral.	Organizacional→ organizar as escovações supervisionadas coletivas; Cognitivo→ informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político→ conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino; Financeiro→ para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas.
Nível de informação	Conhecendo a cárie Aumentar o nível de	População mais informada sobre a prevenção da	Avaliação do nível de informação da população sobre	Organizacional→ organização da agenda para realização de atividades educativas; Cognitivo→ informação sobre o

	informação da população sobre cárie.	cárie, redução na incidência de cárie da população.	cárie; campanha educativa em rádio local; programa saúde bucal na escola; capacitação dos ACS, professores e cuidadores.	tema e estratégias de comunicação e pedagógicas; Político→ articulação intersetorial com rede de ensino e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar do Sorriso Ampliar estrutura do atendimento odontológico, incluindo referência e contra-referência.	Garantia de escova, pasta e fio dental à população; acesso gratuito a exames radiográficos odontológicos.	Kits de higiene oral para serem distribuídos (escova, pasta, fio dental); aquisição de pessoal e material necessários para realização de exames radiográficos, capacitação de pessoal.	Político→decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro→para a aquisição dos kits de higiene oral e de material /pessoal para realizar exames radiográficos Organizacional→adequação de fluxos (referência e contra-referência).
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	Epidemiologia Bucal Realizar levantamento epidemiológico da população, com classificação de risco.	Conhecimento da condição bucal da população, organização o acesso ao serviço, busca ativa e priorização de grupos vulneráveis, e garantia de acesso a todas as microáreas.	Capacitação profissional para o levantamento epidemiológico; levantamento epidemiológico realizado; agenda programática organizada	Organizacional→organização da agenda para realizar capacitação e levantamentos; Cognitivo→ conhecimento sobre levantamento epidemiológico bucal com classificação de risco Político→ articulação intersetorial com rede de ensino (para levantamento nas escolas), com profissionais da saúde mental (parceria para realizar levantamento com PNE), ACS (divulgação do levantamento por microárea e por condição vulnerável, auxiliando na busca ativa destes últimos); adesão dos profissionais.
	Linha de Cuidado Ampliar a cobertura odontológica da população, através do uso de protocolos.	Agilidade no atendimento, cobertura odontológica ampliada, controle das cáries já instauradas, redução na incidência de cárie da população.	Capacitação profissional sobre uso de protocolos e linhas-guia; protocolos implantados; gestão da linha de cuidado implantada.	Organizacional→organização da agenda para realizar capacitação; organização da agenda programática para implantação dos protocolos. Cognitivo→ elaboração de protocolos de acolhimento com classificação de risco e tratamento inicial através de adequação do meio bucal (técnica ART e selamento provisório); Político→ adesão dos profissionais.

Legenda – IHO: Instrução de higiene oral; **PNE:** Portadores de necessidades especiais; **ACS:** Agentes Comunitários de Saúde; **ART:** Tratamento restaurador atraumático.

Fonte: Autoria Própria (2013)

8.5 Análise da viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS *et al.*, 2010).

Quadro 7 - Propostas de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Sorriso Saudável	Político→conseguir espaço na rádio local Financeiro→para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas.	Setor de comunicação social	Favorável	Não é necessária
		Secretário de Saúde	Favorável	
Conhecendo a cárie	Político→ articulação intersetorial com rede de ensino e mobilização social.	Secretaria de Educação	Favorável	Não é necessária
Cuidar do Sorriso	Político→decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro→para a aquisição dos kits de higiene oral e de material /pessoal para realizar exames radiográficos	Prefeito e Secretário municipais de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
		Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	
Epidemiologia Bucal	Político→ adesão dos profissionais.	ESB Rede de ensino ACS	Favorável Indiferente Indiferente	Apresentar projeto de levantamento epidemiológico com classificação de risco
Linha de Cuidado	Político→ adesão dos profissionais.	ESB	Favorável	Não é necessária

Legenda – ESB: Equipe de Saúde Bucal; **ACS:** Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Autoria Própria (2013)

8.6 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS *et al.*, 2010).

Quadro 8 - Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada demanda odontológica da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Sorriso Saudável Modificar hábitos e estilos de vida.	Melhores condições de higiene oral e hábitos de alimentação; redução na incidência de cárie.	Escovação supervisionada coletiva com IHO nas escolas e com grupos operativos; campanha educativa em rádio local; programa “merenda saudável”; cartilhas sobre dieta e higiene oral.		ESB	Dois meses para o início das atividades.
Conhecendo a cárie Aumentar o nível de informação da população sobre cárie.	População mais informada sobre a prevenção da cárie, redução na incidência de cárie da população.	Avaliação do nível de informação da população sobre cárie; Campanha educativa em rádio local; Programa saúde bucal na escola; Capacitação dos ACS, professores e cuidadores.		ESB	Início: 2m Término: 4m Início: 3m Término: 12m Início: 3m Reavaliação semestral Início: 2m Término: 4m
Cuidar do Sorriso Ampliar estrutura do	Garantia de escova, pasta e fio dental à população;	Kits de higiene oral para serem distribuídos (escova, pasta,	Apresentar projeto de estruturação da rede	ESB, Secretário de Saúde, Setor de compras,	3m para apresentação do projeto, 8m para

atendimento odontológico, incluindo referência e contra-referência.	acesso gratuito a exames radiográficos odontológicos.	fio dental); aquisição de pessoal e material necessários para realização de exames radiográficos, capacitação de pessoal.		Setor de RH, Coordenação de saúde bucal.	liberação dos recursos e compra de materiais, 8m contratação de pessoal, 8m para início das atividades.
Epidemiologia Bucal Realizar levantamento epidemiológico da população, com classificação de risco.	Conhecimento da condição bucal da população, organização o acesso ao serviço, busca ativa e priorização de grupos vulneráveis, e garantia de acesso a todas as microáreas.	Capacitação profissional para o levantamento epidemiológico; levantamento epidemiológico realizado; agenda programática organizada	Apresentar projeto de levantamento epidemiológico com classificação de risco	ESB, ACS	Apresentação do projeto: imediato 1m para início da capacitação 1 m para início da classificação Término: 3 meses
Linha de Cuidado Ampliar a cobertura odontológica da população, através do uso de protocolos.	Agilidade no atendimento, cobertura odontológica ampliada, controle das cáries já instauradas, redução na incidência de cárie da população.	Capacitação profissional; protocolos implantados; gestão da linha de cuidado implantada.		ESB	Início em 3m e término de implantação em 5m.

Legenda – ESB: Equipe de Saúde Bucal; **ACS:** Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Autoria Própria (2013)

8.7 Gestão do plano

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS *et al.*, 2010).

8.8 Resultados

8.8.1 Modelo de codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal

A codificação para classificação adotada pela linha guia da SES/MG, que subdivide os pacientes basicamente em R1 (presença de doença e necessidade de tratamento), R2 (ausência de doença, mas necessidade de tratamento), e R3 (ausência de doença e sem necessidade de tratamento, apenas manutenção da saúde), foi inicialmente escolhida, por ser indicada pela Secretaria de Saúde do Estado, e por subdividir os pacientes de acordo com a necessidade de tratamento. Porém, a observação ativa durante o atendimento odontológico à população, foi de que a grande maioria da população se enquadraria na classificação R1.

A codificação adotada pela Prefeitura de Belo Horizonte foi a segunda a ser selecionada, pois avalia a gravidade da condição dentária e ainda avalia a condição periodontal e a necessidade de prótese. Porém, esta classificação não revela aqueles pacientes que apesar de não apresentarem doença (cárie, doença periodontal, dor), também apresentam necessidade de tratamento.

Optou-se, então, pela criação de uma nova codificação, uma fusão destas codificações mencionadas. O novo modelo de codificação proposto neste trabalho está representado no quadro abaixo:

Quadro 9 – Critérios para codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal, utilizado na UBS Cecília Rodrigues Miranda, 2013.

CÓDIGO	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
R1/1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
R1/2	Apresenta de 03 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
R1/3	Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
R1/4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais, por cárie ou doença periodontal.
R1/5	Apresenta a cárie dentária sob controle; a doença periodontal apresenta-se como o maior problema
R2	Ausência de atividade de doença, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador
R3	Ausência de atividade de doença e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda.

Fonte: Autoria Própria (2013)

8.8.2 Levantamento de necessidades em saúde bucal

O levantamento de necessidades odontológicas da população adscrita na UBS Cecília Rodrigues foi realizado em três momentos: classificação de risco dos escolares, classificação de risco de gestantes e pacientes portadores de necessidades especiais, e classificação de risco por microárea.

8.8.2.1 Classificação de risco de escolares

Para a classificação de risco dos escolares foi realizada uma busca ativa dos mesmos. O levantamento foi realizado no próprio ambiente escolar e contou com a parceria das escolas em fornecer previamente dados dos escolares em planilhas e em preparar os professores para realizar atividades compatíveis com a interrupção da dentista nos dias da classificação de risco. As planilhas continham os seguintes dados da turma: turno, nome da professora, período/ano, nome de cada aluno em ordem alfabética, dados dos alunos (data de nascimento, idade, nome dos pais). Para a avaliação, os alunos eram chamados em ordem alfabética até um ambiente iluminado e avaliados com auxílio de abaixador de língua. Alunos faltosos foram avaliados posteriormente. Houve alguns casos de alunos que não permitiram avaliação e de crianças que faltaram em todos os dias de avaliação. Os pais ou responsáveis destes receberão informativo por escrito do ocorrido, para acompanharem seu filho à unidade para avaliação posterior (caso seja de interesse dos responsáveis que tais crianças recebam tratamento odontológico).

Foi realizada a classificação de risco em três escolas: Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar, Escola Municipal Padre Candinho e Cantinho da Criança. Foi iniciada ainda a classificação dos escolares da Escola Estadual Dr. Eduardo Góes Filho, porém foi interrompida logo no primeiro dia, devido à falta de colaboração dos alunos e principalmente professores e coordenação durante as avaliações. Futuramente serão feitas novas tentativas.

Os resultados das classificações de risco odontológicas realizadas em escolares são apresentados nas tabelas a seguir. Na Tabela 1, observa-se que quase todas as crianças participantes do Cantinho da Criança (que possuem até três anos de idade) não apresentam cáries ou apresentam até 3 cáries. Apenas uma criança apresentou

entre quatro e oito cáries. Esta, coincidentemente, é a que apresentou quadro de dor. As escolas de ensino infantil e fundamental apresentam resultados bastante diferentes. De acordo com a Tabela 2, observa-se que quase 80% dos alunos da Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar apresentam cáries e quase 40% apresentam dor de origem dentária. Um padrão semelhante é observado na Tabela 3 em relação à Escola Municipal Padre Candinho, onde 76% dos alunos apresentam cáries e 50% apresentam dor de origem dentária.

Tabela 1 – Classificação de risco odontológica dos alunos do Cantinho da Criança (Brinquedoteca), Jaboticatubas/MG.

Turma		Alunos classificados em cada critério de risco				
		0	R1/1	R1/2	R1/3	*
Única (n=15)	n	7	7	1	0	1
	%	47%	47%	7%	0%	7%

Legenda – n: número absoluto de alunos; % percentual de alunos com classificação de risco referida em relação ao total de alunos avaliados; 0: sem cáries; R1/1: até 03 cáries; R1/2: de 04 a 08 cáries; R1/3: acima de 08 cáries; *: presença de dor.

Fonte: Autoria Própria (2013)

Tabela 2 – Classificação de risco odontológica dos alunos da Escola Municipal Paulo Rodrigues de Aguiar, Jaboticatubas/MG.

Período/Ano		Alunos classificados em cada critério de risco				
		0	R1/1	R1/2	R1/3	*
1º Período (n=75)	n	23	28	14	10	13
	%	31%	37%	19%	13%	17%
2º Período (n=76)	n	17	17	25	17	28
	%	22%	22%	33%	22%	37%
1º Ano (n=94)	n	17	27	35	15	44
	%	18%	29%	37%	16%	47%
2º Ano (n=75)	n	15	27	20	13	37
	%	20%	36%	27%	17%	49%
3º Ano (n=146)	n	30	56	48	12	63
	%	21%	38%	33%	8%	43%
4º Ano (n=59)	n	16	25	13	5	23
	%	27%	42%	22%	8%	39%
5º Ano (n=96)	n	18	44	25	9	37
	%	19%	46%	26%	9%	39%
TOTAL (n=621)	n	136	224	180	81	245
	%	22%	36%	29%	13%	39%

Legenda – n: número absoluto de alunos; % percentual de alunos com classificação de risco referida em relação ao total de alunos avaliados; 0: sem cáries; R1/1: até 03 cáries; R1/2: de 04 a 08 cáries; R1/3: acima de 08 cáries; *: presença de dor.

Fonte: Autoria Própria (2013)

Tabela 3 – Classificação de risco odontológica dos alunos da Escola Municipal Padre Candinho, Jaboticatubas/MG.

Período/Ano	Alunos classificados em cada critério de risco					
		0	R1/1	R1/2	R1/3	*
1º Período (n=6)	n	2	1	2	1	3
	%	33%	17%	33%	17%	50%
2º Período (n=6)	n	4	1	1	0	1
	%	67%	17%	17%	0%	17%
1º Ano (n=6)	n	0	0	3	3	4
	%	0%	0%	50%	50%	67%
2º Ano (n=6)	n	1	3	1	1	3
	%	17%	50%	17%	17%	50%
3º Ano (n=7)	n	1	1	4	1	5
	%	14%	14%	57%	14%	71%
4º Ano (n=6)	n	1	2	1	2	3
	%	17%	33%	17%	33%	50%
5º Ano (n=9)	n	2	3	4	0	4
	%	22%	33%	44%	0%	44%
TOTAL (n=46)	n	11	11	16	8	23
	%	24%	24%	35%	17%	50%

Legenda – n: número absoluto de alunos; % percentual de alunos com classificação de risco referida em relação ao total de alunos avaliados; 0: sem cáries; R1/1: até 03 cáries; R1/2: de 04 a 08 cáries; R1/3: acima de 08 cáries; *: presença de dor.

Fonte: Autoria Própria (2013)

8.8.2.2 Classificação de risco de Gestantes e PNE

As ACS forneceram à equipe de saúde uma lista com todos os nomes e data de nascimento das gestantes e Portadores de Necessidades Especiais (PNE). A avaliação das gestantes que ainda não se encontram em tratamento será realizada durante consulta de pré-natal, grupos-operativos ou avaliações agendadas pelas ACS.

Os responsáveis dos PNE infantis que residem no distrito e estudam na sede do município, e que utilizam transporte escolar foram comunicados pelo motorista do ônibus a acompanharem o paciente PNE ao posto de saúde para avaliação e tratamento odontológico. Os PNE adultos que consultam com médico e enfermeira da saúde mental no posto de saúde estão sendo avaliados nestes dias de consulta. O restante dos PNE que não forem avaliados nestas classificações serão agendados para avaliação na unidade ou receberão domiciliar da cirurgiã-dentista.

8.8.2.3 Classificação de risco por microárea

Esta classificação contou com participação conjunta das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Foi elaborada uma agenda com dias destinados para classificação de risco de cada microárea. Cada ACS ficou responsável por divulgar para sua população adscrita os dias reservados para sua microárea (visita domiciliar, cartazes afixados em locais estratégicos e até divulgação em auto-falante). Além das microáreas da área de abrangência, também foi designado um dia para classificação de risco dos pacientes de outra ESF (Equipe Lilás), que não possui ESB (Área descoberta - AD).

No dia de cada classificação, a auxiliar de saúde bucal (ASB) registrava a ordem de chegada dos indivíduos na planilha de classificação da microárea (Figura 2) e preenchia o cabeçalho da ficha individual de classificação (Figura 3). Os indivíduos eram então chamados pela cirurgiã-dentista para avaliação e classificação, segundo os critérios de risco (Quadro 9), e término do preenchimento da planilha de classificação e a ficha individual (Figuras 2 e 3). A avaliação foi realizada em ambiente iluminado e utilizando-se de abaixadores de língua de madeira para facilitar exame.

Figura 2 – Modelo de planilha de classificação de risco odontológico por microárea, da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				Microárea:	ACS:	Ano:	
Nº	Nome	Idade	CR	Nº	Nome	Idade	CR
01				11			
02				12			
03				13			
04				14			
05				15			
06				16			
07				17			
08				18			
09				19			
10				20			

Fonte: Autoria Própria (2013)

Figura 3 – Modelo de ficha individual de classificação de risco da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

<p>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ODONTOLÓGICO - Nº _____ - Microárea: _____ - Classificação: _____</p> <p>Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>()Hipertenso ()Diabético ()Idoso ()Gestante ()Nec. Especiais ()Escolar - turno ()Manhã ()Tarde</p> <p>Preferência para tratamento: ()Manhã ()Tarde Data da avaliação: ____/____/____</p> <p>OBS: _____</p> <p>_____</p>
--

Fonte: Autoria Própria (2013)

Os resultados das classificações de risco realizadas por microárea são

apresentados na tabela a seguir. Observa-se que 80% dos pacientes que buscaram a demanda programada odontológica possuem cáries e 10% necessitam de tratamento periodontal ou cirúrgico/ protético. Menos de 10% não possuem atividade de doença, e ainda assim, a maioria necessita de tratamento. Apenas 1% precisa somente de controle. A Microárea 48 e a Área Descoberta tiveram a menor adesão de pessoas, provavelmente devido à distância entre a moradia destas e a UBS.

Tabela 4 – Classificação de risco odontológica, por microárea da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

Microárea		Pacientes classificados em cada critério de risco						
		R1/1	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R2	R3
M40 (n=20)	n	8	5	3	1	0	3	0
	%	40%	25%	15%	5%	0%	15%	0%
M41 (n=31)	n	11	11	4	1	4	0	0
	%	35%	35%	13%	3%	13%	0%	0%
M42 (n=20)	n	6	8	4	1	0	1	0
	%	30%	40%	20%	5%	0%	5%	0%
M43 (n=16)	n	5	7	1	2	0	1	0
	%	31%	44%	6%	13%	0%	6%	0%
M44 (n=52)	n	17	20	6	1	0	8	0
	%	33%	38%	12%	2%	0%	15%	0%
M45 (n=26)	n	12	6	3	1	2	1	1
	%	46%	23%	12%	4%	8%	4%	4%
M46 (n=24)	n	5	5	6	0	3	3	2
	%	21%	21%	25%	0%	13%	13%	8%
M47 (n=33)	n	18	5	0	3	6	1	0
	%	55%	15%	0%	9%	18%	3%	0%
M48 (n=03)	n	1	2	0	0	0	0	0
	%	33%	67%	0%	0%	0%	0%	0%
AD (n=06)	n	1	4	1	0	0	0	0
	%	17%	67%	17%	0%	0%	0%	0%
TOTAL (n=231)	n	84	73	28	10	15	18	3
	%	36%	32%	12%	4%	6%	8%	1%

Legenda – M: Microárea; AD – Área descoberta (pacientes de outra ESF sem cobertura odontológica; R1/1: até 03 cáries; R1/2: de 04 a 08 cáries; R1/3: acima de 08 cáries; R1/4: necessita de exodontia do restante dos dentes; R1/5: doença periodontal prevalente; R2: necessidade de tratamento sem doença; R3: sem necessidade de tratamento (apenas controle). Os pacientes que apresentavam quadro de dor não foram registrados, pois foram orientados a procurar o serviço de urgência.

Fonte: Autoria Própria (2013)

8.8.3 Modelo de agenda inteligente

Após a classificação de risco, foi elaborada uma agenda para organização da demanda avaliada, conforme figura abaixo:

Figura 4 - Programação da Atenção em Saúde Bucal, UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/MG.

Agenda da Equipe de Saúde Bucal – UBS Cecília Rodrigues Miranda – Mês: _____ / 2013.										
	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
Dia										
08:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
09:00	Puericultura		M40	R1/2	M41	R1/2	M42	R1/2	M43	R1/2
09:40				R1/3		R1/3		R1/3		
10:20				R1/4		R1/4		R1/4		
11:00				R1/5		R1/5		R1/5		
13:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
14:00	Visita Domiciliar		M40	Gest/ PNE	M41	Escolar	M42	Gest/ PNE	M43	Escolar
14:40				R1/1		R1/1		R1/1		
15:20				R2 ou R3		R2 ou R3		R2 ou R3		
Dia										
08:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
09:00	M44	R1/2	M45	R1/2	M46	R1/2	M47	R1/2	M48	R1/2
09:40		R1/3		R1/3		R1/3				
10:20		R1/4		R1/4		R1/4				
11:00		Gest/ PNE		Escolar		Gest/ PNE		Escolar		
13:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
14:00	M44	R1/5	M45	R1/5	M46	R1/5	M47	R1/5	M48	R1/5
14:40		R1/1		R1/1		R1/1				
15:20		R2 ou R3		R2 ou R3		R2 ou R3				
Dia										
08:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
09:00	AD	R1/2	M40	R1/2	M41	R1/2	M42	R1/2	M43	R1/2
09:40		R1/3		R1/3		R1/3				
10:20		R1/4		R1/4		R1/4				
11:00		R1/5		R1/5		R1/5				
13:00	Grupo Operativo		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
14:00	AD		M40	Escolar	M41	Gest/ PNE	M42	Escolar	M43	Gest/ PNE
14:40				R1/1		R1/1		R1/1		
15:20				R2 ou R3		R2 ou R3		R2 ou R3		
Dia										
08:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
09:00	M44	R1/2	M45	R1/2	M46	R1/2	M47	R1/2	M48	R1/2
09:40		R1/3		R1/3		R1/3				
10:20		R1/4		R1/4		R1/4				
11:00		Escolar		Gest/ PNE		Escolar		Gest/ PNE		
13:00	Urgências		Urgências		Urgências		Urgências		Urgências	
14:00	M44	R1/5	M45	R1/5	M46	R1/5	M47	R1/5	M48	R1/5
14:40		R1/1		R1/1		R1/1				
15:20		R2 ou R3		R2 ou R3		R2 ou R3				

Legenda – M: Microárea; Gest: Gestante; PNE: Portador de Necessidades Especiais; AD: Área Descoberta. Observação: Gestantes, PNE e Escolares serão marcados independente da microárea.

Fonte: Autoria Própria (2013)

Observações:

- Os horários dos pacientes podem intercambiar devido a disponibilidade dos mesmos em comparecer apenas em determinados turnos.
- Em relação às microáreas: caso inexistam pacientes com classificações previstas em determinada microárea, o horário destinado será preenchido por pacientes, da mesma microárea, porém, de outra classificação, que apresentar maior número de pacientes. Caso não haja mais pacientes de determinada microárea, o horário será repassado para a microárea com maior número de pacientes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de critérios para organização da demanda programada odontológica no serviço público é uma realidade. Com base na literatura revista sobre classificação de risco e organização de demanda odontológica, conclui-se que:

- A organização da demanda através da classificação de risco permite ao profissional conhecer melhor sua área de abrangência e traçar um perfil epidemiológico dos seus pacientes.
- A realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco subsidiam planejamento, otimizando a programação das ações de saúde bucal;
- As ações programadas de assistência, educativo-preventivas e curativas, devem levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar, assim como a atividade da doença;
- A classificação de risco permite uma organização da agenda programática, mais eficiência no atendimento da demanda espontânea e priorização de grupos vulneráveis (prioritários).
- Os grupos prioritários são aqueles formados por pessoas que merecem atenção especial devido à sua condição. Podem ser divididos em risco sistêmico (diabéticos, imunodeprimidos, hipertensos e portadores de necessidades especiais), risco social (famílias com problemas econômicos, sociais ou em sua estrutura) e risco por ciclo de vida (como crianças, gestantes e idosos, por exemplo).
- A classificação de risco pode favorecer a identificação e intervenção precoce de cáries, permitindo tratamento conservador e minimizando o número de perdas dentárias por cáries, e também a identificação e tratamento da queixa principal do paciente, trazendo maior satisfação ao usuário e reduzindo, a longo prazo, o aparecimento de casos de demanda espontânea.

Os resultados da classificação de risco utilizada nesta pesquisa, através do uso associado das codificações para classificação adotadas pela linha guia da SES/MG e pela Prefeitura de Belo Horizonte, permitiu inferir que:

- A associação destas codificações permite subdividir os pacientes de acordo com

a necessidade de tratamento e ainda avaliar a gravidade da condição dentária, a condição periodontal e a necessidade de prótese.

- Esta classificação pode ser utilizada em todas as faixas etárias e ser realizada em diversos ambientes (como unidade de saúde e ambiente escolar);
- A classificação de risco serve de instrumento auxiliar na confecção de um modelo de agenda odontológica.

Esse estudo iniciou-se a partir da necessidade de solucionar um problema local: a demanda odontológica. A utilização da classificação de risco foi uma maneira encontrada para organizar e otimizar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal da UBS Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas/ MG, auxiliar no planejamento da agenda odontológica e, além disso, buscar garantir os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

Durante a redação desta monografia, a proposta começou a ser colocada em prática, e seus resultados iniciais puderam ser incluídos neste estudo, inclusive o modelo de agenda proposto.

O modelo de classificação utilizado e as estratégias de avaliação foram discutidos com os gestores previamente ao início das atividades. A proposta se tornou um projeto piloto cujos resultados deverão ser apresentados aos gestores de saúde para possível ampliação para outras ESB do município. Então, agora, o próximo passo é realizar esta apresentação dos resultados encontrados, os dados estatísticos e a proposta de agenda para que este trabalho possa não apenas cumprir a formalidade do encerramento de um curso, mas possa trazer as melhorias ao sistema de saúde a que se propõem os idealizadores do CEABSF.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, J.L F.; PERES, M A.M.; CAMPOS, T.R. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11, n. 1, p.79-87, 2006.
2. BARBOSA, G.S. **Classificação de risco como instrumento para organização do processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Medicina, UFMG. Conselheiro Lafaiete, 2010.
3. BRASIL. Ministério da saúde. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. BRASIL. Ministério da saúde. **Plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica n.17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.
7. CAMARGOS, M.H.L.R. **A organização das ações de saúde bucal no contexto da estratégia saúde da família**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Medicina, UFMG. Patos de Minas, 2011.
8. CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
9. CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 139p.
10. CYPRIANO, S. *et al.* Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. **Rev Saúde Pública**, v.37, n. 2, p. 247-53, 2003.
11. DUMONT, A.F.D. *et al.* Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, 2008.
12. DUTRA, A.C.M. *et al.* **O levantamento de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte**. SMSA/BH, Belo Horizonte, 2005.
13. EGRY, E.Y. *et al.* Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, vol.43, esp. 3, p. 1181-6, 2009.
14. FRASSETTO, L.B.P.M. **Estudo exploratório da demanda da Estratégia Saúde da Família Jardim Cascata, Porto Alegre - RS**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Odontologia, UFRS. Porto Alegre, 2010.
15. JACCOTTET, C.M.G. *et al.* Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal

no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol. 21, n. 2, p.333-340, 2012.

16. JUNQUEIRA, S.R. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, n. 4, p.1015-1024, 2012.

17. MAGALHÃES, M.A.S. **Utilização do levantamento de necessidades para o planejamento das ações de saúde bucal na área de abrangência do Centro de Saúde São José Operário, distrito sanitário leste de Belo Horizonte**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte, 2009.

18. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia - Atenção em saúde bucal**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006.

19. NUTO, S.A.S. *et al.* **O Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-CE: um relato de experiência**. **Rev. APS**, vol. 13, n. 4, p. 505-509, 2010.

20. OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol. 1, n. 2, p.177-189, 1998.

21. PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010. 71p.

22. PEREIRA, A.C *et al.* Índice de necessidades de tratamento em odontologia – um novo conceito em planejamento de serviços. **FOL - UNIMEP**, vol. 11, n. 2, p. 16-22, 1999.

23. Prefeitura de Jaboticatubas. SIAB: **Consolidado das famílias cadastradas na UBS Cecília Rodrigues Miranda**. DATASUS, 2011.

24. Prefeitura de Jaboticatubas. SIAB: **Consolidado das famílias cadastradas na UBS Cecília Rodrigues Miranda**. DATASUS, 2012.

25. RESENDE, F.M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2010.

26. RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. Tese (Doutorado) Faculdade de Odontologia, UNESP. Araçatuba, 2000. 238p.

27. ROTHER, E.T. **Pesquisa Sistemática x pesquisa narrativa**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.20, n.2, abr./jun. 2007.

28. SANTOS, A.M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Rev. APS**, vol. 9, n. 2, p. 190-200, 2006.

29. SOUZA, C.E.R. *et at.* Levantamento epidemiológico de cárie dentária – Barão Geraldo – Campinas – SP. **RGO**, v. 55, n. 4, p. 363-368, 2007.

30. SOUZA, M.F. **A gestão do cuidado odontológico no programa saúde da família no centro de saúde Goiânia – Belo Horizonte**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2010.