

Faculdade de Odontologia da UFMG
Curso de Especialização em Saúde da Família

EVENTO SENTINELA EM ODONTOLOGIA

Dardannya Kelly Abreu Maia

Belo Horizonte

2009

Dardannya Kelly Abreu Maia

EVENTO SENTINELA EM ODONTOLOGIA

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde da Família
Faculdade de Odontologia da UFMG

Orientadora: Prof. Mara Vasconcelos

Belo Horizonte

2009

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter me matriculado na maior escola que existe, a vida.

Agradeço à minha família, colegas de coração que dividem comigo dores e vitórias.

Agradeço a todos os professores que, entre outras coisas, me ensinaram a amar o meu trabalho.

I - SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	7
2 – OBJETIVO	8
3 - REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 - CÁRIE DENTÁRIA	9
3.2 - EVENTO SENTINELA	12
3.3 – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE EM SAÚDE BUCAL ..	19
4 - MATERIAIS E MÉTODOS	23
5 – RESULTADOS	26
6 – DISCUSSÃO	30
7 – CONCLUSÕES	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	42

RESUMO

A cárie dental ainda é o principal problema de saúde a ser enfrentado pelo cirurgião-dentista na atenção básica. O trabalho sob a ótica da atenção à família aliado à mudança epidemiológica da doença estimula a busca de ferramentas que sejam mais eficazes e eficientes. Uma destas ferramentas é o evento sentinela que é definido como sendo a ocorrência de doença, invalidez ou morte evitáveis, diante da tecnologia e do serviço disponíveis (Rutstein et al, 1976). O evento sentinela funciona como um indicador negativo para o serviço e, a partir da sua detecção, deve-se desencadear uma investigação para determinar suas causas e promover ações para evitar novos casos. Em odontologia, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte considera a ocorrência de criança, menor de seis anos de idade, com 8 ou mais dentes cariados na boca, como sendo um evento sentinela uma vez que, diante das ações coletivas e individuais de promoção de saúde bucal implementadas pela administração municipal, uma criança com a doença cárie nessa gravidade seria uma situação prevenível ou evitável. O presente trabalho procura entender o que é, qual a utilidade e como deve ser usado o conceito de evento sentinela; demonstrar que a ocorrência de criança menor de seis anos de idade com 8 ou mais dentes cariados na boca se enquadra no conceito de evento sentinela e, através do estudo dos eventos sentinela ocorridos na área de abrangência do Centro de Saúde Serra Verde, conhecer as causas e/ou determinantes do evento e propor estratégias para evitar a ocorrência de novos casos através de um sistema de vigilância epidemiológica

orientado por estas causas e/ou determinantes. Na área de abrangência supracitada, foram identificados 5 eventos sentinela em odontologia. A investigação das causas foi feita através de visitas domiciliares feitas por uma cirurgiã-dentista e pelas agentes comunitárias de saúde das respectivas micro-áreas. Nestas visitas, foram feitas entrevistas com as mães das crianças e, a partir da compilação das informações obtidas, foram identificadas características comuns às famílias estudadas, que são: idade entre 5 e 6 anos; assistência pelo programa Bolsa Família; ausência do pai; ingestão freqüente de sacarose; higiene oral sem supervisão; experiências anteriores de tratamento odontológico sem sucesso; higiene, dieta e ausência de tratamento odontológico como razões expressas pelas mães para a gravidade da doença do filho; má condição bucal própria percebida pela mãe e higiene precária do local visitado

O presente trabalho conclui que a proposição de considerar criança menor de seis anos de idade, com 8 ou mais dentes cariados na boca como evento sentinela, é pertinente e de grande utilidade para a vigilância epidemiológica em odontologia na unidade básica de saúde; os determinantes da cárie dental encontrados neste estudo apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e contínua dos casos e crucial desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de vigilância sanitária para a população de mais baixa renda.

1 - INTRODUÇÃO

O trabalho do profissional de saúde em uma unidade básica vai muito além de realizar procedimentos clínicos. Organizar estratégias, definir prioridades, trabalhar com resolubilidade dos serviços, com controle social e com prevenção de doenças são apenas algumas das atribuições do cirurgião-dentista na atenção básica. (MINAS GERAIS, 2008)

Uma das primeiras preocupações que se tem é identificar prioridades na tentativa de reduzir desigualdades e melhorar a relação custo-benefício do serviço. Reconhecer grupos socialmente desfavorecidos tem sido uma prática corriqueira nas unidades básicas. Entretanto tem-se dificuldade de identificar, dentro destes grupos, quais os indivíduos são mais afetados, porque são afetados com tanta intensidade, qual a melhor estratégia para limitar danos e para prevenir novos agravos no futuro. (DRUMOND, 2002)

No dia a dia de uma unidade básica de saúde, torna-se crucial, buscar ferramentas para construir atenção à saúde, dentro do contexto de saúde ampliado, sem que, a coleta de dados para o planejamento e avaliação dos serviços, tome mais tempo que a prestação da atenção à comunidade ou aos indivíduos afetados. (PENNA, 1992)

Uma das metodologias objetivas e de fácil uso, à disposição do profissional de saúde, é o evento sentinela. Trata-se de um indicador negativo de algo que não deve acontecer diante da tecnologia disponível e do serviço de saúde instalados. A identificação de um evento sentinela deve desencadear uma investigação para saber por que o evento aconteceu, qual a melhor forma de limitar seus danos e quais as medidas a serem tomadas para que novos eventos não aconteçam.

2 – OBJETIVO

O presente trabalho concentra-se em:

- (1) entender o que é, qual a utilidade e como deve ser usado o conceito de evento sentinela;
- (2) demonstrar que a ocorrência de criança menor de seis anos de idade com 8 ou mais dentes cariados na boca se enquadra no conceito de evento sentinela e,
- (3) através do estudo dos eventos sentinela ocorridos na área de abrangência do Centro de Saúde Serra Verde, conhecer as causas e/ou determinantes do evento e propor estratégias para evitar a ocorrência de novos casos através de um sistema de vigilância epidemiológica orientado por estas causas e/ou determinantes.

3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - CÁRIE DENTÁRIA

A cárie é sabidamente uma doença multifatorial, de grande prevalência e que vem sendo estudada, discutida e acompanhada há muito tempo. Entretanto, observa-se, segundo PINTO, 2000, “uma grande dificuldade de compreensão de como ocorrem as inter-relações dos diversos fatores associados na ocorrência da doença”. Este autor define claramente como fator etiológico, a placa bacteriana e como fatores determinantes, a dieta, a saliva e o acesso ao flúor. Por outro lado, apesar de afirmar que “a literatura odontológica é rica em evidências do impacto de fatores sociais nas doenças bucais”, não esclarece como isso ocorre e como se mede essa influência.

DRUMOND, 2002 admite que a determinação de natureza social, econômica, cultural e comportamental da doença cárie, mesmo quando comprovada, “não esclarece que práticas ou atitudes dos indivíduos, ligadas ao modo de viver das pessoas, levariam à ocorrência da doença”. Afirma ainda que a busca do conhecimento aprofundado dos grupos que concentram maiores índices de ocorrência de doenças requer o entendimento da forma como vivem e percebem seus problemas, em que dimensão de exclusão social se inserem, que características possuem suas relações sociais, suas motivações e suas atitudes.

CAMPOS, OLIVEIRA E TONON, 2000 definem os elementos condicionantes de saúde no conceito ampliado de saúde como sendo:

- Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, etc.);
- Meio sócio-econômico cultural (emprego, renda, educação, hábitos, etc.);
- A garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

NARVAI et al, 2006 afirmam que, nos diferentes países americanos, evoluiu-se de uma situação de alta prevalência para um cenário em que se constata de um lado, uma grande porcentagem de indivíduos livres de cárie e de outro, uma pequena parcela da população concentrando grande carga da doença. É o fenômeno da polarização de cáries dentais definida por DIMITROVA, KUKLEVA, KONDEVA, 2000 como uma porcentagem pequena de pessoas com altas taxas de cárie dental e uma porcentagem grande de pessoas livres de cárie.

Sabe-se, como descrito em NARVAI et al, 2006, que a cárie dentária no Brasil apresentou declínio e polarização no período de 1980 a 2003. A polarização é um fenômeno que pode estar refletindo medidas de prevenção e controle de enfermidades embasadas na estratégia populacional. Evoluiu-se de uma situação de alta prevalência para um cenário em que se constata uma grande porcentagem de indivíduos livres de cárie e uma pequena porcentagem de indivíduos com elevados índices de cárie. Este mesmo autor atribui a redução dos valores do CPOD, no Brasil, à expansão da fluoretação das águas de abastecimento público (sobretudo no Sul e Sudeste), à introdução de dentifrícios fluorados no mercado (com maior impacto relativo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e à mudança de enfoque dos programas de odontologia em saúde pública em todas as regiões do país. Já o ataque desigual da doença entre os indivíduos (que o autor define como iniquidade) decorre não

apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social em que estão inseridos, e que se expressam por meio do processo saúde-doença.

VEHKALAHTI et al, 1997 estudando a postura de dentistas diante de pacientes de alto risco, observaram que a estratégia de tratamento era a restauradora com uma leve tendência para tratamento preventivo. Estes mesmos dentistas, quando se trata de pacientes livres de cárie, tendem a colocar muita ênfase em exames clínicos dentais e prevenção de cáries.

Muitos pesquisadores têm tentado, segundo TICKLE, 2001, desenvolver meios para prever e identificar indivíduos em alto risco de desenvolver cárie dental, mas nenhum teste é um preditor adequado de risco de cárie, e a especificidade e a sensibilidade dos testes existentes não são confiáveis para qualquer indivíduo. Afirma ainda que a dificuldade reside no fato dos indivíduos de alto risco não estarem confinados em uma determinada área ou colocação.

Na procura destes indivíduos com alta prevalência de cárie, MACEK, 2004 aponta uma direção ao afirmar que o fenômeno da polarização da doença cárie é mais evidente em crianças do que em adultos. Em seu texto ele diz: 'a total experiência de cárie na dentição permanente é mais dispersa através da população do que o é na dentição decídua, ' ou seja, o fenômeno da polarização é mais evidente ou significativo na dentição decídua do que na permanente. Em seu estudo, ele constatou que 75% (cumulativo) da cárie dental na dentição decídua é encontrado em 8,3% das crianças de 2 a 5 anos de idade.

Focar em crianças com menos de 5 anos justifica-se porque, segundo DOWNER, 1994, os mais recentes inquéritos, desenvolvidos a partir da década de 80, demonstraram que os níveis de cárie entre crianças com menos de 5 anos apresentam tendência a aumentar, enquanto, na população adolescente, eles decrescem.

A priorização da criança nos programas de saúde pública tem respaldo dos organismos nacionais e internacionais. Em saúde bucal, além do bem estar da criança, torna-se importante o poder preditivo da dentição decídua sobre a saúde bucal das pessoas (DRUMOND, 2002). Essa mesma autora aponta, com base em constatações de vários autores, que o público materno infantil é um dos mais importantes segmentos populacionais a serem atingidos.

Aprofundar a compreensão sobre indivíduos pertencentes aos grupos de maior risco em cárie dentária para nortear ações referentes ao diagnóstico, planejamento e medidas de controle da cárie na esfera da saúde coletiva. Este é o desafio proposto por DRUMOND, 2002 que pode, em uma leitura diferenciada, funcionar como estímulo para todos que trabalham em saúde coletiva.

3.2 - EVENTO SENTINELA

O conceito de evento sentinela foi introduzido por RUTSTEIN et AL, 1976 como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária.

“Como desnecessária ou prevenível, o autor considerou as condições que contam com tecnologia médica suficiente para evitá-las e elaborou, em conjunto

com uma comissão médica de várias especialidades, uma lista com eventos que se encaixam neste conceito”. (PENNA, 1992)

As questões colocadas por RUTSTEIN, 1976 diante da ocorrência de um evento desta natureza são: por que eles acontecem, qual a qualidade do cuidado e qual o índice de saúde da população.

PENNA, 1992 ampliando o conceito proposto, afirma que “evento sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente.” E que, “a partir de sua ocorrência desencadeia-se uma investigação para a detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde”.

HARTZ, 1996 coloca que o uso dos eventos sentinelas como indicadores de qualidade de serviços de saúde parece ser um consenso entre os autores. Por outro lado, seu uso enquanto indicador da saúde da população representa divergência entre os mesmos.

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Essas causas devem ser revisadas à luz da evolução do conhecimento e tecnologia para prática da atenção à saúde. (PENNA, 1992)

Considerando o trabalho em saúde como algo dinâmico, PENNA, 1992 propõe que, dentro de um conceito ampliado de saúde, os eventos sentinela não devem ser apenas os propostos inicialmente, como por exemplo, morte por qualquer causa não violenta sem assistência médica. Estimula a pensar em eventos

sentinela para avaliar aspectos específicos do processo, como uso de exames complementares, ou acesso, etc. A idéia básica é a coleta de informação a partir do fato negativo, do que foi previamente definido como o que não deve acontecer.

No Brasil, a discussão sobre os eventos evitáveis tem se dado sob o ponto de vista dos recursos e tecnologias disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesta ótica, MALTA, 2007 faz uma revisão das listas de causas de morte evitáveis no contexto nacional e coloca que esta é uma lista dinâmica, que deve ser revista periodicamente e que pode ser adequada a regiões distintas do país. A lista de causas de mortes evitáveis para menores de 5 anos de idade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se no anexo 2 deste trabalho.

Ressaltando as vantagens do uso do evento sentinela, MALTA et al, 2007 afirma que “o evento sentinela é uma das metodologias que se beneficia da objetividade, oportunidade e facilidade permitindo, por exemplo, análises de suas tendências temporais e comparações de suas probabilidades estimadas entre regiões e municípios”.

O principal objetivo da formação de sistemas de vigilância de eventos segundo BALLANI, 2007 é “monitorar indicadores-chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam como alerta precoce para o sistema, não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população geral. Esses indicadores são gerados pela capacidade de se formar juízo sobre a situação que permita tomar decisões quanto a medidas corretivas a serem implementadas. A investigação dessas ocorrências enquanto evento sentinela poderia contribuir para determinar aspectos das condições de vida e da assistência sócio-sanitária dos indivíduos afetados. Assim, toda vez que se detecta evento dessa natureza, o sistema de vigilância deve ser acionado para

que medidas indicadas possam ser rapidamente utilizadas. A partir do conhecimento desses eventos, torna-se importante a investigação para determinar como prevenir eventos similares no futuro. O estudo de agravo evitável como evento sentinela, tem um caráter exploratório, pois se entende que o resultado é uma medida indireta da qualidade”.

CARVALHO, 2005 chama a atenção para a importância do evento sentinela enquanto desencadeador de medidas que previnam novos eventos no futuro ao afirmar que “os dados que mais comumente são coletados impossibilitam a visualização dos eventos preveníveis ou controláveis, dificultando a percepção do problema antes de sua instalação”. Em seu estudo, o autor propõe que “a seguinte classificação na avaliação do nível de saúde seja adotada: doenças desnecessárias, incapacidades desnecessárias e mortes precoces. A ocorrência delas funciona como um evento sentinela, ou seja, um alerta para algo que não deveria acontecer”.

Segundo SAMICO et al, 2002 “os eventos sentinela apresentam-se como definidores de situações evitáveis, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada, assim como determina que a investigação do ocorrido deva ser seguida de intervenções sobre possíveis setores socioeconômicos, ambientais, culturais ou genéticos que possam ser determinantes da situação encontrada”.

LANSKY, 2005 destaca que eventos-sentinela são ocorrências preveníveis dada a disponibilidade de conhecimento e tecnologia médica atual e funcionam como apoio à reorganização dos serviços, visto que nem sempre é a tecnologia complexa que produz os melhores resultados e diminui as desigualdades na mortalidade. Trabalhando com mortalidade infantil, a autora afirma que, “a morte materna, fetal e neonatal decorre de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As causas diretas

de morte, ou seja, a situação clínica final é, em última análise, consequência de uma série de eventos prejudiciais ao longo do ciclo da vida, assim como das etapas da assistência de saúde”. Guardadas as devidas proporções, as afirmações acima podem ser transportadas quando se trabalha com cárie dental.

LANSKY, 2005 demonstrando uma preocupação abrangente com a saúde da população, ressalta que “ocorre um paradoxo decorrente do distanciamento entre a produção do conhecimento, sua implementação e sua disponibilização para toda a população. Não se pode considerar a melhor assistência de saúde como efetiva se ela não está disponível para aqueles que precisam dela, menos ainda se ela não leva em conta as circunstâncias da vida como a pobreza, a educação materna, a gravidez indesejada, a falta de suporte social, entre outros fatores determinantes para a saúde”. E a autora supracitada ainda falando de saúde perinatal, leva à inevitável reflexão de todas as áreas da saúde quando diz que: “Do ponto de vista do direito à vida, estamos falando de oportunidades perdidas de ação de saúde e de vidas perdidas por causas evitáveis. Este é, portanto, o principal desafio a ser vencido em termos de saúde perinatal para a população brasileira: a equidade na distribuição dos recursos e ações de saúde, que dependem das políticas sociais e da organização da assistência do país e não apenas do avanço e produção do conhecimento. Garantir a sobrevivência de crianças sem promover qualidade de vida tampouco se justifica. São velhos e novos desafios, que requerem esforços em um movimento pela ética no cuidado em saúde, comprometido com a equidade que representa o benefício de toda a população”.

BALLANI, 2007 usando a ferramenta evento sentinela para trabalhar com jovens usuários de drogas, afirma que “o evento sentinela aplica-se à detecção de doença prevenível, incapacidade ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade das ações terapêuticas ou

preventivas deve ser questionada. A investigação dessas ocorrências enquanto evento sentinela poderia contribuir para determinar aspectos das condições de vida e da assistência sócio-sanitária que esses jovens recebem. A investigação dessas ocorrências enquanto evento sentinela poderia contribuir para determinar aspectos das condições de vida e da assistência sócio-sanitária que esses jovens recebem. Assim, toda vez que se detecta evento dessa natureza o sistema de vigilância deve ser acionado para que medidas indicadas possam ser rapidamente utilizadas. A partir do conhecimento desses eventos torna-se importante a investigação para determinar como prevenir eventos similares no futuro.

PENNA, 1992 ressalta que a proposta é conhecer as causas do evento para atuar na prevenção e/ou na limitação dos danos provocados pelo evento. A autora explica como este conceito pode ser usado no serviço público: ‘O mais importante na proposta é que a partir do conhecimento de cada um destes eventos se produza uma investigação para determinar como eventos similares podem ser prevenidos no futuro. Ao detalhar o processo que culminou com a ocorrência do evento sentinela, tenta-se detectar suas determinações, que podem estar desde o nível da alocação de recursos até o de falhas de processo ou de falta de utilização dos serviços de saúde por parte da população, e então implementar medidas corretivas.’

Na presente revisão, não foi encontrada qualquer referência ao uso do conceito de evento sentinela em odontologia. Entretanto, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, considera que crianças de 0 a 6 às quais foi atribuído o código 3 durante o levantamento de necessidade em saúde bucal sejam consideradas como eventos sentinela. (BELO HORIZONTE , 2008 - Memorando). O código 3 indica que a criança possui mais de 8 dentes cariados na boca o que é uma condição grave em saúde bucal e é uma ocorrência prevenível ou evitável

diante do serviço e da tecnologia disponíveis. Além disso, o memorando supracitado estabelece como procedimentos mínimos para intervir nestes casos: “promover junto aos outros profissionais da equipe de saúde da família, uma avaliação global da criança (crescimento e desenvolvimento, anemia, desnutrição, parasitoses, vacinação, entre outros) e da família. Se possível, passar também pela avaliação do assistente social.”

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), para crianças de 12 anos de idade, estabelece uma graduação do CPOD da seguinte maneira:

Muito baixo: <5.0

Baixo: 5.0 a 8.9

Moderado : 9.0 a 13.9

Alto: >13.9

Fazendo um paralelo entre as considerações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) tem-se:

PBH - 8 dentes cariados em uma boca com 20 dentes representam 40%.

OMS - 14 dentes cariados em uma boca com 24 dentes representam 58%.

Essa comparação demonstra que a consideração da PBH segue uma linha de pensamento paralela à da OMS.

3.3 – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

O Levantamento de Necessidade em saúde bucal é um instrumento auxiliar para o planejamento das ações de saúde bucal usado na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Sua finalidade, seus usos e suas limitações estão expostas no documento da própria instituição (BELO HORIZONTE , 2008) que segue abaixo:

“O levantamento de necessidades é um instrumento de vigilância epidemiológica que mensura as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Trata-se de um recurso de planejamento local, criado pelos trabalhadores da rede SUS BH nos anos 90 e aprimorado ao longo do tempo. Refere-se a um exame visual da cavidade bucal e registro dos dados em um formulário para a posterior análise e tomada de decisões na assistência à saúde. É utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação das pessoas nos procedimentos coletivos. Trata-se de um indicador individual que gera uma classificação coletiva. Possibilita uma configuração quantificada e qualificada das necessidades de atenção dos grupos, dividindo as necessidades da população em categorias de acordo com a complexidade e o tipo de recurso humano requerido. O levantamento de necessidades pode ser feito por qualquer

profissional, desde que devidamente orientado para este fim. Cabe ao cirurgião-dentista a supervisão das ações coletivas e individuais desenvolvidas pelo pessoal auxiliar em saúde bucal. Este estudo deve preceder o agendamento do atendimento individual.”

O levantamento de necessidades em saúde bucal pode ser aplicado em grupos populacionais previamente definidos (moradores de uma micro-área, crianças de uma escola, de uma creche, trabalhadores de uma empresa, pessoas internados em um hospital, idosos que moram numa instituição de longa permanência, pessoas que participam de algum evento como na campanha de vacinação, por exemplo, entre outros).

Também pode ser usado na rotina de atendimento dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (como porta de entrada para o sistema local). Em Belo Horizonte, o levantamento de necessidades também foi usado na atenção básica, como forma de eliminar os antigos “Livros Pretos” (Trata-se de um livro onde eram anotados os nomes de todas as pessoas que procuravam o Centro de Saúde para atendimento odontológico, não conseguiam acesso e aguardavam em fila de espera). Desta forma, a equipe conseguia visualizar o perfil da demanda e programar as ações em saúde bucal, respeitando o princípio da equidade.

Antes de iniciar o levantamento de necessidades é importante:

- 1. Esclarecer ao usuário que o levantamento retrata suas necessidades gerais de saúde bucal (situação de dor aguda, dentes muito estragados que provavelmente precisam ser extraídos, dentes com cavidades que precisam de restauração (ART), presença de depósito de tártaro que precisa ser removido) e que será usado para favorecer o atendimento odontológico individual daquelas pessoas*

que possuem maiores necessidades. O objetivo do atendimento individual na atenção básica é fazer o “controle das doenças bucais”.

- 2. Lembrar que o exame clínico detalhado é feito pelo cirurgião-dentista, na primeira consulta odontológica.*
- 3. Propiciar atividade de higiene bucal supervisionada. Tal medida favorece a melhor visão das lesões no interior da cavidade bucal. O profissional deve viabilizar o acesso aos insumos básicos (fio, escova e pasta dental) e orientar a atividade favorecendo a formação (ou reforço) do hábito da escovação.*
- 4. O exame visual deve ocorrer em local claro, sob luz natural, com a pessoa sentada numa cadeira comum. O examinador deve usar os equipamentos de proteção individual (jaleco, máscara, gorro, luvas) e espátula de madeira, se necessário.*
- 5. Este levantamento identifica as necessidades de intervenção resultantes do problema cárie e a presença de possíveis indicativos de doença periodontal. Para levantar outras necessidades (uso e necessidade de prótese, lesão de mucosa), usar o outro formulário completo, construído em 2006 em parceria com as faculdades de odontologia (UFMG e PUC Minas), por ocasião da campanha de vacinação do idoso (LEVANTAMENTO DE ALTERAÇÕES E LESÕES BUCAIS). Depois de aplicado o formulário e consolidado os dados, os resultados devem ser avaliados e discutidos com a equipe e com o conjunto de usuários (ou seus representantes). A partir da realidade epidemiológica encontrada e dos recursos disponíveis, é feito o planejamento e são estabelecidas as metas. O atendimento individual deve ser direcionado no sentido de favorecer a mudança de cada usuário para códigos (níveis) de menor necessidade acumulada. Ao final de um tempo estabelecido (varia de acordo com o planejamento) um novo levantamento deve ser*

feito para mensurar o impacto epidemiológico da ação no referido grupo. O que se espera é que seja crescente o número/percentual de pessoas com o código 0, demarcando uma tendência de controle das doenças bucais.

A padronização dos códigos e os formulários de coleta de dados encontram-se no anexo 1 deste trabalho.

4 – MATERIAIS E MÉTODOS

Quando PENNA, 1992 afirma que não deve perder mais tempo no levantamento de dados do que na atenção ao paciente ou à população como resposta à condição, o profissional que trabalha com planejamento se vê estimulado a extrapolar o conceito previamente proposto. Este exercício leva à aplicabilidade do conceito de evento sentinela em odontologia. O Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal (BELO HORIZONTE, 2006) estabelece o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal, instrumento este que classifica o paciente segundo número de dentes cariados na boca, sem se preocupar com a gravidade da doença no dente, mas sim com a extensão do ataque de cárie no indivíduo. Esta classificação surgiu exatamente da necessidade de agilizar a coleta de dados para o planejamento local e de se usar um instrumento que fosse facilmente compreendido e acessível a qualquer pessoa seja ela um dentista, um médico, um agente comunitário de saúde, uma professora ou uma mãe. (Ver anexo 1 – Levantamento de Necessidade em Saúde Bucal)

Nesta classificação, o índice mais alto é o código 3, assim definido como sendo o paciente portador de mais de 8 dentes cariados na boca. Quando se considera este índice em crianças de 0 a 6 anos, que possuem 20 a 24 dentes na boca, tem-se uma situação desnecessária e/ou evitável diante da tecnologia e do serviço disponíveis. Daí ser considerado o código 3, no índice de necessidade de tratamento odontológico, em crianças de 0 a 6 anos, como sendo um evento sentinela na odontologia.

O estudo foi do tipo exploratório descritivo, com análise qualitativa das informações tendo sido realizado no município de Belo Horizonte, na área de abrangência do Centro de Saúde Serra Verde.

A investigação dos eventos sentinela começou com um levantamento do índice de necessidade de tratamento odontológico feito pelas auxiliares de saúde bucal (ASB) de uma entidade conhecida como AMAS (Associação Mineira de Ação Social). Essas profissionais realizam um trabalho de promoção em saúde bucal e de levantamento de necessidades de tratamento odontológico em pré-escolas do município. Na área de abrangência objeto do estudo, as auxiliares realizaram este trabalho em uma pré-escola com crianças de 3 a 6 anos e em uma creche com crianças de 0 a 5 anos.

A partir deste levantamento, foram identificados 5 crianças que se enquadraram no conceito de evento sentinela em odontologia proposto neste trabalho. Estes 5 casos foram objeto de uma investigação feita pela cirurgiã-dentista autora deste e pelas agentes comunitárias de saúde das respectivas micro-áreas, através de uma visita domiciliar à família .

Durante a preparação das visitas com as agentes comunitárias de saúde, foi verificado se a família era ou não contemplada pelo programa Bolsa Família do Governo Federal, se haveria alguma especificidade naquela família que contra-indicasse a visita e um panorama geral da família sob a ótica da agente.

As entrevistas feitas durante as visitas seguiram o seguinte roteiro:

- a) – Apresentação do propósito da presente visita,
- b) – Como a mãe descreve a criança. Como ela é, calma ou agitada; do que a

criança gosta; como é a relação entre a criança e os outros familiares; como é a criança na escola...

c) – Quais os hábitos alimentares da criança

d) – Quais os hábitos de higiene da criança

e) – Experiência de tratamento dentário anterior

f) – Quais as possíveis causas/razões para que a criança estivesse com a presente condição bucal segundo a opinião da mãe. Como a mãe explica a condição de saúde bucal atual do seu (sua) filho (a).

g) – Qual a condição bucal da mãe? Falar um pouco sobre a saúde bucal dela.

Foram feitas também anotações sobre a higiene do local onde a família mora e dos próprios moradores e sobre algum histórico relevante.

5 – RESULTADOS

Após a compilação das informações obtidas com as visitas domiciliares, foi feita uma análise das características mais freqüentes no grupo de trabalho.

A primeira característica evidenciada é a idade. Todas as crianças analisadas tinham entre 5 e 6 anos de idade, o que indica que durante esses 3 ou 4 anos de permanência na boca, essa dentição decídua sofreu um forte ataque cariogênico sem que os tradicionais mecanismos de defesa tivessem êxito.

A segunda característica observada é que todas as famílias estudadas eram assistidas pelo programa Bolsa Família do Governo Federal. Este programa contempla famílias de baixa renda que apresentam maior risco socioeconômico.

A terceira característica está relacionada à constituição familiar. Em quatro, das cinco famílias analisadas, o pai estava ausente. Estas famílias eram chefiadas pelas mães que sustentam a família com dinheiro advindo de pensão, de trabalho temporário e/ou informal.

A quarta característica observada é ingestão freqüente de sacarose relatada pelas mães. Todas informaram que os filhos ingerem freqüentemente balas e doces que são disponibilizados nas ruas, na escola ou por parentes. Todas alegaram não concordar com essa atitude. Quatro mães disseram não dispor de meios para evitar tal hábito. Apenas uma, entre as cinco mães, informou que, desde que a criança está tratando os dentes no centro de saúde, proibiu os avós

de disponibilizarem balas à neta. Um hábito que chamou a atenção da equipe de trabalho foi a ingestão freqüente de achocolatado com leite, comum a três das cinco crianças. As agentes comunitárias de saúde, durante a análise das visitas feitas em conjunto com a cirurgiã-dentista, demonstraram preocupação com esse fato, porque as mães acreditavam estar fornecendo um alimento ‘forte’ para suas crianças. As agentes tinham participado de atividades educativas com nutricionistas e aprendido que, quando se coloca o achocolatado no leite, a disponibilidade dos nutrientes diminui. Aliado a isto, o uso da mamadeira para ingestão da mistura adocicada e a alta freqüência diurna e noturna aumentaram a preocupação com este hábito específico.

A quinta característica computada foi a higiene bucal limitada. Quatro crianças realizam a escovação bucal sem supervisão ou auxílio de um adulto ou de um irmão mais velho. Destas, uma mãe informa que a criança não permite a sua ajuda porque é ‘difícil de lidar’ e que isso não é problema porque a mãe já ensinou ‘direitinho’ a escovar os dentes. A quinta criança, só escova os dentes ‘à força’ quando a mãe tem disposição para enfrentar a ‘árdua tarefa’.

Com relação às experiências anteriores de tratamento odontológico, que corresponde à sexta característica, observou-se as seguintes situações:

- Duas crianças tiveram uma experiência negativa forte que fez com que as mães eliminassem a saúde bucal de sua lista de preocupações.
- Uma criança já estava em tratamento no centro de saúde e além do sucesso com o tratamento restaurador, a mãe também relata avanços na dieta e na higiene bucal.

- Uma criança tinha iniciado o tratamento no centro de saúde, mas não concluiu devido à mudança repentina da família para outro estado. Esta família tinha retornado há pouco tempo para Belo Horizonte.
- Uma criança nunca tinha sido levada ao dentista por que a mãe não notou que ela estava com os dentes estragados. (Essa criança tinha o pior CPOD entre as estudadas.)

A sétima característica versa sobre as razões relatadas pelas mães para a presença de cáries em seus filhos objetos do presente estudo. São elas:

- Três mães acreditam que o consumo de balas e doces foi o responsável pelo ‘estrago’ dos dentes dos filhos.
- Uma mãe acredita que é porque o filho nunca escovou os dentes e ela não via problema nisso. Sequer sabia que criança tinha que escovar os dentes.
- Uma mãe acha que os dentes de sua filha estão ruins porque não foi possível concluir o tratamento iniciado no centro de saúde e interrompido por motivos de força maior.

A oitava característica diz respeito à percepção da mãe quanto à sua saúde bucal. Todas as mães relataram que ‘nunca tiveram dentes bons’. Três delas afirmaram estar precisando tratar os dentes no momento.

Com relação à higiene do local, nona e última característica, o que se observou é que em uma moradia a higiene era ótima; em outra moradia, a higiene era razoável e, nas três restantes, a higiene do local era precária. Usou-se aqui uma escala arbitrária que consiste de ótima, razoável e precária.

Foi levada em conta a observação feita pelas agentes comunitárias de saúde nas suas visitas de rotina e não na higiene do local no dia da visita programada feita com a dentista.

Não foi identificado um padrão psicológico típico entre as crianças avaliadas. Agressividade e timidez foram relatadas por algumas mães, mas não foram características pesquisadas mais profundamente neste estudo.

6 – DISCUSSÃO

6.1 - IDADE ENTRE 5 E 6 ANOS

O fato de as crianças que se enquadram no conceito de evento sentinela em odontologia, crianças de 0 a 6 anos de idade com código 3 no Levantamento de Necessidade de Tratamento Odontológico, terem entre 5 e 6 anos de idade vai de encontro aos achados de vários autores citados por DRUMOND, 2002 que demonstram que o ceo aumenta gradativamente dos 3 aos 6 anos de idade. Esse aumento gradual explica porque as crianças só atingem o número de oito dentes cariados aos 5 e 6 anos de idade. Diante disso pode-se concluir que aos 3 e 4 anos de idade, uma criança com código 2 tem grande potencial para se tornar um evento sentinela e já pode desencadear uma investigação e uma intervenção específica.

6.2 - ASSISTÊNCIA PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O fato de todas as crianças estudadas serem assistidas pelo Programa Bolsa Família só tende à confirmação do óbvio, muito claramente exposto por DRUMOND, 2002 quando a autora diz: “a doença (cárie) se instala preferencialmente entre pobres e crianças. Isso se justifica em afirmações como a de Pinto, 2000 onde o autor lembra que ‘os benefícios do desenvolvimento tecnológico e do saber, tradicionalmente alcançam de modo mais lento as populações menos favorecidas economicamente’

6.3 - AUSÊNCIA DO PAI

A ausência do pai, observada em quatro das cinco famílias visitadas, indica que são famílias chefiadas por mulheres. Esta relação: pobreza X famílias chefiadas por mulheres foi observada por DRUMOND, 2002. Entre as famílias de maior pobreza que participaram daquele estudo, a grande maioria era chefiada por mulheres.

6.4 - INGESTÃO FREQUENTE DE SACAROSE

A quarta característica observada é ingestão freqüente de sacarose relatada pelas mães. O papel da dieta no desenvolvimento da cárie dental é fartamente relatado, descrito e analisado pela literatura. No presente estudo, o que chama a atenção é que quatro das cinco mães tratam o assunto como uma fatalidade; como algo que não tem tanta importância e que não merece tanta atenção ou esforço.

É grande a distância que separa essa condição da recomendação da Organização Mundial da Saúde de que se deve estimular a promoção de uma dieta saudável, particularmente mais baixo consumo de açúcares e aumento do consumo de frutas e legumes (WORLD HEALTH ORGANIZATION , 2003 E SIXTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2007)

Para percorrer essa distância, torna-se importante observar alguns pontos no processo de educação em saúde bucal relacionados em MINAS GERAIS, 2007:

- a complexidade do processo de mudança de hábito,
- o respeito à individualidade e a contextualização nas diversas realidades,
- o respeito à cultura local,
- a ética,

- a autopercepção da saúde e,
- a reflexão sanitária.

6.5 - HIGIENE ORAL SEM SUPERVISÃO

No que diz respeito à higiene oral, observa-se uma atitude das mães semelhante da observada com relação à ingestão freqüente de sacarose. A supervisão da escovação é tida como algo trabalhoso e desgastante. Dentre as quatro mães que deixam a escovação a cargo da criança, chama a atenção aquela que proibiu os familiares de disponibilizar balas e doces. Ela obteve sucesso na mudança de deita, mesmo assumindo que o fez porque aquela era uma condição limite, mas não absorveu ou não foi devidamente orientada e/ou estimulada a supervisionar sua escovação bucal de sua filha.

A mãe que relata não saber que criança tem que escovar dente precisa de uma avaliação multidisciplinar e de uma abordagem mais complexa.

Os relatos obtidos no presente trabalho vão de encontro com GAUDERETO, 2001 que concluiu em seu trabalho: ‘os fatores que mais interferiram nas chances de desenvolvimento da doença foram a supervisão do adulto para a realização da higiene bucal, o consumo de sacarose moderado e alto e a facilidade dos pais para a adoção de atitudes relacionadas à saúde bucal.

6.6 - EXPERIÊNCIAS ANTERIORES DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SEM SUCESSO

As experiências anteriores de tratamento odontológico das crianças estudadas trazem à tona uma série de obstáculos/dificuldades relacionados ao serviço, a problemas sócio-econômicos e a problemas individuais. Um bom exemplo é o tratamento dispensado às famílias deste estudo. Das 5 crianças evento sentinela,

apenas três concluíram o tratamento odontológico no centro de saúde no período de 6 meses, por razões que se enquadram no exposto acima.

Pode-se observar que as barreiras ou dificuldades encontradas são muitas, entre elas: falta de estímulo para procurar a unidade de saúde, desconhecimento dos serviços oferecidos na unidade de saúde e da forma de acesso, cooperação da criança e habilidade do profissional, vaga na atenção secundária quando necessário e dificuldade de tempo e financeira para levar a criança a um posto de atendimento longe de casa, entre outras.

Tratamentos incompletos eram característicos dos pacientes de alto-cáries, estudados por VEHKALAHTI et al, 1997, o que evidencia as dificuldades que se encontram no tratamento destes pacientes .

Diante dessas dificuldades, a estratégia de saúde da família se apresenta, como afirma Moyses, Kriger e Moyses, 2008, como uma alternativa que favorece uma abordagem dinâmica, flexível e apta a realizar adaptações e mudanças. Afirma ainda que isso se dá porque esta estratégia permite um contato prolongado e contínuo e conta com ferramentas como a interdisciplinaridade para estreitar as relações entre profissionais e famílias.

6.7 - RAZÕES EXPRESSAS PELAS MÃES PARA A GRAVIDADE DA DOENÇA NO FILHO

Higiene, dieta e ausência de tratamento odontológico foram as razões expressas pelas mães para que seus filhos estivessem com a presente condição bucal. Fica claro que, excetuando-se uma mãe, todas as outras detinham informações sobre causas de cárie. O que parece acontecer é que esta informação não é trabalhada pelas mães, seja sozinha ou com ajuda profissional. No que diz respeito ao serviço, a falha pode estar na inoperância da assistência no sentido da promoção de saúde bucal ou, uma operação não efetiva ou uma operação focada em

populações de baixo risco. A busca dessas respostas deve permear as ações de promoção de saúde bucal nas unidades básicas de saúde.

Um norte para essa busca é dado por WEINE, 1994 quando ele afirma que ‘as pessoas que apresentam o maior risco de cárie podem de beneficiar mais de esforços preventivos’. E coloca alguns critérios para o emprego bem sucedido de uma estratégia de alto risco:

- 1 - A ocorrência de cárie na população deve ser baixa o suficiente para justificar o esforço e o gasto na identificação dos indivíduos que se acredita com maior risco.
- 2 - Devem estar disponíveis medidas precisas, aceitáveis e adequadas para a identificação dos indivíduos de mais alto risco.
- 3 – As intervenções para diminuir o risco elevado devem basear-se em métodos eficazes e adequados

6.8 - CONDIÇÃO BUCAL PRÓPRIA PERCEBIDA PELA MÃE

A saúde bucal desfavorecida relatada pelas mães durante o falar de sua própria condição evidencia mais uma vez o desalento e a fatalidade. A expressão: ‘primeiro as crianças, depois se der, a gente’ relatada por DRUMOND, 2002 foi unânime entre as mães visitadas no presente trabalho.

Outra preocupação que desponta é que a mãe não vê relação causal entre a sua saúde e a da criança. E essa relação é fartamente encontrada na literatura como em, WEINE, 2001 e PINTO, 2000 e deve ser tida como fator importante na promoção da saúde bucal das famílias.

6.9 - HIGIENE DO LOCAL

O fato da higiene do local visitado ser precária na maioria dos domicílios visitados reforça a importância da equipe de saúde da família contribuir para a

melhoria destas condições porque, como observado por Drumond, 2002, existe uma coerência ou ligação entre a falta de higiene do ambiente e das pessoas.

7 – CONCLUSÕES

O presente trabalho conclui que:

- (1) A proposição de considerar criança menor de seis anos de idade com 8 ou mais dentes cariados na boca como evento sentinela, é pertinente e de grande utilidade para a vigilância epidemiológica em odontologia na unidade básica de saúde.
- (2) Os determinantes da cárie dental encontrados neste estudo apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e contínua dos casos.
- (3) É crucial desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de vigilância sanitária para a população de mais baixa renda.
- (4) A promoção de saúde bucal deve ter na visita domiciliar uma importante ferramenta de diagnóstico e de acompanhamento do processo.
- (5) Crianças de 2 a 4 anos de idade , com 4 a 7 dentes cariados na boca (código 2 no levantamento de necessidades em saúde bucal) deveriam ser considerado um evento “pré” sentinela e deveriam desencadear as ações propostas para o evento sentinela.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLANI TSL, OLIVEIRA MLF. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: Construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 488-94.

BELO HORIZONTE - Secretaria Municipal de Saúde. Memorando 060/2008 GEAS/ Coordenação Saúde Bucal – Para: GERASA e Gerentes dos Centros de Saúde. Assunto: Evento Sentinela em Saúde Bucal. Belo Horizonte, 19 de junho de 2008

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. O levantamento de necessidades em saúde bucal da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte – Outubro/2008

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para atenção básica em saúde bucal. Belo Horizonte - Junho/2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASÍLIA, DF. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília, 2004 - 1.^a edição.

CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JUNIOR, M, E TONON, L. M. Planejamento e gestão em saúde . Cadernos de Saúde n.1 – UFMG/ FM/NESCON : 13-26

CARVALHO EC. Análise da mortalidade por grupos de eventos sentinela no município do Rio de Janeiro: 1980–1991. R Enferm UERJ 2005; 13:153-9.

DIMITROVA MM, KUKLEVA MP, KONDEVA VK. A study of caries polarization in 1-, 2- and 3-year-old children. Folia Med (Plovdiv). 2000; 42(3):55–9.

DRUMOND, M.M. A criança seu “em torno” e a cárie. 2002. X p.p. Dissertação (doutorado) – Instituto de Saúde da Comunidade - Centro de Ciências Médicas – UFF – Niterói.

DUCHIADE MT, CARVALHO ML, LEAL MC . As mortes "em domicílio" de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986 - um "evento-sentinela" na avaliação dos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5 (3): 251-263, jul/set, 1989.

GAUDERETO, Diana. A influência dos fatores biopsicossociais na experiência de cárie em crianças em idade pré – escolar da cidade de Belo Horizonte / MG. 174p. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte.2001 (apud tese da Marisa)

HARTZ, Z. M. DE A. et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. Rev. Saúde Pública, 30 (4): 310-8, 1996.

LANSKY S.. Desafios para a saúde perinatal no Brasil. Textos científicos Sociedade Mineira de Pediatria. www.smp.org.br. Publicado na Internet em 30/07/2005.

LANSKY, S.. A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH. Saúde Em Debate, v.36, p.10-17, 2006

LANSKY, S.; FRANÇA, E. & LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): 1389-1400, set-out, 2002.

MALTA, C.D et all. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):233-244, out-dez, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. – 2. Ed. – Belo horizonte: SAS/MG, 2007. 290p

MOYSES, S.T., KRIGER, L., MOYSES, S.J. Saúde Bucal das famílias - Trabalhando com evidências – São Paulo: Artes Médicas, 2008

NARVAI PC, FRAZÃO P, RONCALLI AG, ANTUNES JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(6):385–93.

PENNA, M.L.F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS no Brasil. Brasília, 1992. (Elaborado para o Curso sobre Gerência em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário)

PINTO, VG et al. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Vila Mariana, 319 – 339 p. 4ª edição, 2000.

Provisional agenda item 12.9 22 March 2007

PUCCINI PT, CORNETTA VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2032-2042, set, 2008.

RUTSTEIN, D.D. et al. Measuring the quality of medical care - a clinical method. New England J. Med. 294 :582-588, 1976.

SAMICO I, HARTZ ZMA, FELISBERTO E, FRIAS PG. A sala de situações na unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. Saúde em Debate. Rio de Janeiro 2002;26(61):236-244.

THYLSTRUP, A. E FEJERSKOV, O. Cariologia Clínica. 2. Ed. São Paulo: Santos, 1995. 421p.

VARSIO S. Caries-preventive treatment approaches for child and youth at two extremes of dental health in Helsinki, Finland. Department of Oral Public Health, University of Helsinki, Finland, 1999. 65 pp. ISBN 952-91-1150-9.

VEHKALAHTI M, TARKKONEN L, VARSIO S, HEIKKILA P. Decreasing and polarization of dental caries occurrence among child and youth populations, 1976–1993. *Caries Res.* 1997; 31(3):1

WEINE, S. C. A construção do paradigma de Promoção de Saúde – Um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, Leo (coord.): ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap.1, p.3-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - The World Oral Health Report 2003 - Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization - Geneva, 2003.

SIXTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY - Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention. Provisional agenda item 12.9 A60/16 - World Health Organization , Geneva, 22 March 2007

ANEXO 1 – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL

Códigos e critérios de classificação do levantamento de necessidades em saúde bucal.

(Fonte SMSA/BH)

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 |

OBSERVAÇÃO:

Quando o público examinado for de crianças de zero a seis anos, utilizar apenas os códigos de 0 a 3.

Anexo 2 - Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade. (Fonte: Malta,2007)

Lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos de idade

1. Causas evitáveis

1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção

Tuberculose (A15 a A19)

Tétano neonatal (A33)

Outros tipos de tétano (A35)

Difteria (A36)

Coqueluche (A37)

Poliomielite aguda (A80)

Sarampo (B05)

Rubéola (B06)

Hepatite B (B16)

Caxumba (B26.0)

Meningite por Haemophilus (G00.0)

Rubéola congênita (P35.0)

Hepatite viral congênita (P35.3)

1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido

1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação

Sífilis congênita (A50)

Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24)

Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00; P04)

Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido (P01)

Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal (P05)

Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte (P07)

Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido (P55.0; P55.1)

Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização (P55.8 a P57.9)

1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto

Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03)

Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08)

Traumatismo de parto (P10 a P15)

Hipóxia intra-uterina e asfria ao nascer (P20; P21)

Aspiração neonatal (P24)

1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido

Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P23; P25 a P28)

Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3)

Hemorragia neonatal (P50 a P54)

Outras icterícias perinatais (P58; P59)

Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido (P70 a P74)

Transtornos hematológicos do recém-nascido (P60; P61)

Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido (P75 a P78)

Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido (P80 a P83)

Desconforto respiratório do recém-nascido (P22)

Outros transtornos originados no período perinatal (P90 a P96)

1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento

Meningite (G00.1 a G03)

Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 a J06)

Pneumonia (J12 a J18)

Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20 a J22)

Lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos de idade

Edema de laringe (J38.4)

Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 a J47, exceto J43 e J44)

Doenças pulmonares devidas a agentes externos (J68 a J69)

Anemias nutricionais (D50 a D53)

Outras doenças causadas por clamídias (A70 a A74)

Outras doenças bacterianas (A30; A31; A32; A38; A39; A40; A41; A46; A49)

Hipotireoidismo congênito (E03.0; E03.1)

Diabetes mellitus (E10 a E14)

Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria (E70.0) e deficiência congênita de lactase (E73.0)

Desidratação (E86)

Epilepsia (G40; G41)

Síndrome de Down (Q90)

Infecção do trato urinário (N39.0)

Febre reumática e doença cardíaca reumática (I00 a I09)

1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde

Doenças infecciosas intestinais (A00 a A09)

Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20 a A28)

Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (A90 a A99)

Rickettsioses (A75 a A79)

Raiva (A82)

Doenças devidas a protozoários (B50 a B64)

Helminthíases (B65 a B83)

Outras doenças infecciosas (B99)

Deficiências nutricionais (E40 a E64)

Acidentes de transportes (V01 a V99)

Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X44)

Intoxicação acidental por outras substâncias (X45 a X49)

Quedas acidentais (W00 a W19)

Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 a X09)

Exposição às forças da natureza (X30 a X39)

Afogamento e submersão acidentais (W65 a W74)

Outros riscos acidentais à respiração (W75 a W84)

Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99)

Agressões (X85 a Y09)

Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34)

Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 a W49)

Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (Y60 a Y69)

Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento (Y83 a Y84)

Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59)

2. Causas de morte mal-defnidas

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95)

3. Demais causas (não claramente evitáveis)

As demais causas de morte

Anexo 3

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL 1 CENTRO DE SAÚDE SERRA VERDE PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

INTRODUÇÃO – UMA BREVE REFLEXÃO

O serviço de odontologia no centro de saúde Serra Verde iniciou suas atividades em 1996. Durante todo esse tempo, muito trabalho foi feito e muita coisa ficou por fazer. A equipe colecionou muitas vitórias e também derrotas. Seguem abaixo duas situações que ilustram bem essa constatação.

Situação 1 – Uma equipe de televisão, em 2005, fazia uma matéria na centro de saúde Serra Verde e a repórter perguntou a uma paciente, sentada na cadeira odontológica, porque ela estava ali. Sem grande elaboração mental, ela respondeu: “Porque sempre que eu preciso, sou atendida aqui.”

Situação 2 – A paciente JAAS, sexo feminino, apresenta o seguinte histórico de passagem pelo nosso serviço:

Ano 2000: Idade 5 anos.

Dentes cariados, perdidos e obturados decíduos (ceo) igual 10.

Conclusão do tratamento restaurador naquele ano.

Ano 2008: Idade 13 anos.

Uma consulta odontológica com pulpectomia do dente 37.

Não há registro de CPOD nesta consulta de urgência.

Ano 2009: Idade 14 anos.

Dentes cariados, perdidos e obturados decíduos (CPOD) = 4

Indicação de exodontia do dentes 37 e 16, muito cálculo e gengivite em todos os sextantes.

Na situação 1, em que pese ser o relato de uma única usuária do serviço de saúde bucal, pode-se observar que o serviço se encontra integrado à comunidade; pois, na fala da paciente, percebe-se que a unidade se tornou uma **referência** para a população e que o **acesso** da população estava garantido.

Na situação 2, verifica-se uma série temporal da situação de saúde bucal de uma paciente que foi acometida pela doença cárie nos últimos 10 anos. Apesar de ter tido acesso ao tratamento restaurador, houve um aumento da incidência da doença cárie, um agravamento da cárie e o aparecimento da doença periodontal. É um caso que se enquadra no conceito de evento sentinela e que não teve uma evolução favorável.

Esta situação reflete uma falha na vigilância em saúde.

- Onde estávamos enquanto essa garota sofria ataque de cárie? Talvez tratando os dentes de quem se preocupava com sua saúde bucal e fazia parte de uma população de baixa prevalência de cárie.
- Quem é o principal responsável pela instituição dos hábitos do indivíduo? A escola ou a família?
- Houve falha na promoção de saúde e/ou na manutenção da saúde bucal?

Quando a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte fez a opção por organizar o serviço de saúde tendo como referência a família, ninguém sabia muito bem o que era ou como fazer PSF. As equipes de saúde se debruçaram em estudar o assunto que era cercado de dúvidas e incertezas.

A primeira interpretação foi achar que fazer saúde da família era fazer prevenção e que o tratamento devia ocupar um lugar secundário, praticamente

ínfimo. A realidade da saúde da população se encarregou de mostrar que a mudança não poderia ser tão brusca. Que não bastaria que nós, trabalhadores da saúde, mudássemos nossa forma de trabalhar mas que a população também teria que mudar. E a outra grande dificuldade: só sabemos tratar de doenças; precisamos de uma boa dose de determinação e conhecimento para tratar os doentes e, quando se fala em promover saúde, agimos sem conhecimento específico e muito amadoramente. Um bom exemplo disso são as ações de escovação supervisionada nas escolas. Nada mais era que um cacoete de quem trabalhou muito tempo na escola acreditando que aquela era a população de risco ou que a escola era lugar de adquirir hábitos que só são consolidados na família. Na verdade, a escola era apenas um lugar mais fácil de atingir um bom número de indivíduos.

Talvez tenhamos nos esmerado muito em tratar de dente e tenhamos nos esquecido de cuidar de gente (WAYNE, 1999). A proposta de trabalho que segue quer apostar no trabalho conjunto com as famílias do Programa Bolsa Família, quebrando um ciclo de falta de informação, de acomodação e de insatisfação que o trabalhador em saúde pública demora a se dar conta.

É provável que a proposta sofra com a resistência de várias partes envolvidas no processo mas aí pode estar o nosso aprendizado e o crescimento profissional no quesito “cuidar de gente”.

OBJETIVOS

1. Acompanhar, junto às famílias, as crianças do evento sentinela.
2. Organizar um sistema de vigilância epidemiológica em saúde bucal que inicia seus trabalhos pelas famílias das crianças com código 2 no Levantamento de Necessidade de Tratamento Odontológico advindas do trabalho da AMAS.
3. Estender o sistema de vigilância para as famílias do Programa Bolsa Família.

PRINCÍPIOS NORTEADORES

A população alvo é constituída pelas famílias do Programa Bolsa-Família da área de abrangência da Equipe de Saúde Bucal 1 do Centro de Saúde Serra Verde que sabidamente constituem a população de maior risco de adoecer. As primeiras famílias a serem visitadas são as das crianças com código 3 ou 2 no Levantamento de Necessidade de Tratamento Odontológico segundo o exame realizado anualmente pelas ASBs da AMAS nas duas pré-escolas da área de abrangência. Posteriormente todas as famílias do Programa Bolsa-Família da área de abrangência deverão ser visitadas.

O ambiente para promover mudança para hábitos mais saudáveis é o domicílio e não a escola ou o posto de saúde. Daí ter-se como atividade principal, a visita domiciliar que permite um diagnóstico mais preciso e uma intervenção mais efetiva.

Os agentes principais (ou fundamentais) das ações são a técnica de saúde bucal e as agentes comunitárias de saúde.

Na presente proposta, a TSB dedicaria 80 % do seu tempo a fazer visitas domiciliares e a participar das reuniões de equipe e 20 % ao atendimento clínico.

O dentista continua com 80% do seu tempo dedicados a procedimentos clínicos uma vez que a necessidade de tratamento odontológico instalada ainda é grande. Os 20% do tempo restante dos dentistas são dedicados a fazer algumas visitas específicas e a orientar as visitas feitas pela THD e a ACS.

AÇÕES

A. **Seleção das famílias** a serem visitadas seguindo os seguintes critérios, dentro da área de abrangência da ESB 1 :

1º - Famílias com crianças código 2 e 3 que participam do Programa Bolsa Família.

2º - Famílias com crianças código 2 e 3 que não participam do Programa Bolsa Família.

3º - Famílias do Programa Bolsa Família.

Responsáveis: ESB e ESF

B. Estabelecimento do **cronograma e do agendamento das visitas diagnóstico** (1ª visita).

Responsáveis: TSB e ACS.

C. **Realização das visitas diagnóstico** seguindo o roteiro da Ficha de Visita Domiciliar (Ver Ficha de Visita Domiciliar no final deste documento).

Responsáveis: TSB e ACS.

D. Discussão dos dados e/ou informações obtidas nas visitas e **encaminhamento** dos casos para a abordagem necessária. Exemplo: atendimento clínico por dentista e/ou higienista bucal, acompanhamento por assistente social, acompanhamento pela equipe de nutrição, visitas domiciliares por dentista, entre outros. Para auxiliar nessa discussão e no encaminhamento dos casos feita uma consolidação dos dados no Relatório de Visitas (Ver Relatório de visitas no final deste documento).

Responsáveis: CD e TSB

E. Organização de grupos de higiene bucal, grupos de fluoroterapia, grupos de orientação para dieta, grupos de cuidados específicos como prótese total e cuidados com recém nascido, entre outros.

Responsáveis: CD, TSB e ESF.

F. Avaliação do resultado dos encaminhamentos feitos. Seleção das famílias que precisam de uma segunda visita ou de qualquer outra abordagem.

Responsáveis: CD, TSB e ESF.

