

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

**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADULTOS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO PAULO/ DIVINÓPOLIS/MG: UM PLANO DE
INTERVENÇÃO**

DIVINÓPOLIS /MINAS GERAIS

2011

ANA LÚCIA DE SOUSA MESQUITA

**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADULTOS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO PAULO/ DIVINÓPOLIS/MG: UM PLANO DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Gisele Macedo da Silva Bonfante

DIVINÓPOLIS /MINAS GERAIS

2011

ANA LÚCIA DE SOUSA MESQUITA

**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADULTOS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO PAULO/ DIVINÓPOLIS/MG: UM PLANO DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Gisele Macedo da Silva Bonfante

Banca Examinadora

Prof^a Gisele Macedo da Silva Bonfante - UFMG

Prof^a Mara Vasconcelos – UFMG

Aprovada em Belo Horizonte em 02/08/2011

Ao meu marido e filhos que são a razão de minha vida e de minha dedicação.

Agradeço aos profissionais da unidade básica de Saúde da Família São Paulo, que contribuíram para a elaboração deste trabalho e das atividades desenvolvidas durante o curso

Agradeço a minha orientadora Gisele Macedo da Silva Bonfante pela disponibilidade, dedicação, paciência e tranquilidade durante realização deste trabalho.

“Conheça todas as teorias.
Domine todas as técnicas. Mas
quando tocares na alma humana
seja apenas outra alma humana.”

CARL JUNG

RESUMO

O presente trabalho versa sobre uma proposta de organização do atendimento de adultos aos serviços de saúde bucal na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família São Paulo, município de Divinópolis. A metodologia foi baseada nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde propostas pelo Ministério da Saúde e em uma revisão de literatura. O foco principal do plano de intervenção foi o levantamento epidemiológico da população adulta baseado no critério de risco da Secretaria Estadual de Saúde/MG. Este levantamento será realizado a partir da classificação de risco social. Usuários de famílias classificadas com alto risco serão examinados primeiramente e assim respectivamente. Cada usuário será avaliado clinicamente por meio do risco biológico (condições de saúde bucal) e pela auto-percepção de saúde bucal. Os dados de cada indivíduo serão registrados na ficha da família em quadro sintético. Após organização dos dados provenientes deste levantamento, um relatório será elaborado, assim como as principais estratégias de enfrentamento dos problemas identificados. A partir do relatório, será organizada uma agenda de atendimento que comporte as necessidades levantadas. Ressalta-se a importância da organização do acesso para que o quadro de saúde bucal da população adulta alcance mudanças.

Palavras-chave: Saúde bucal, Saúde da Família, Planejamento em saúde, Adulto.

ABSTRACT

This paper will present a proposal for the organization of services for adults to oral health services in the area covered by the Family Health Team São Paulo, city of Divinópolis. The methodology is based on policy guidelines proposed by the National Health Ministry of Health and a literature review. The main focus of the intervention plan is epidemiological survey of the adult population based on risk criteria stipulated by the State Health Secretariat of Minas Gerais. This survey will be conducted based on the classification of social risk. Members of families classified as high risk will be examined first and so respectively. Each user will be clinically evaluated by means of biological risk (oral health condition) and self-perception of oral health. The data will be recorded in each individual form of the family in a summary table. After organizing the data from this survey, a report will be prepared, as well as key strategies for addressing the problems identified. From the report will be organized a schedule of care that entails the needs raised. We emphasize the importance of organizing access to change oral health profile of the adult population.

Keywords: Oral health, Family Health, Health Planning, Adult.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ART - Técnica Restauradora Atraumática

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CD – Cirurgião-dentista

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

GRS - Diretoria Regional de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde

SESP - Serviços Especiais de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Quadro comparativo do perfil odontológico de cárie e doença periodontal, segundo dados dos levantamentos epidemiológicos nacionais de 2003 e 2010, SB Brasil 2003 e 2010. **30**
- Quadro 2. Pontuação final para classificação por grau de risco segundo critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. **34**
- Quadro 3. Interpretação da pontuação da classificação de risco segundo critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **35**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1 A REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.2 O CAMPO DE ATUAÇÃO.....	16
3.2.1 Estratégia Saúde da Família São Paulo/Divinópolis: caracterização do campo de atuação.....	16
3.2.2 A inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Divinópolis.....	18
3.2.3 A inserção da Equipe de Saúde Bucal São Paulo.....	20
3.3 A ESTRUTURAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
4.1 A Equipe de Saúde Bucal e o usuário adulto.....	22
4.2 O Planejamento das ações de Saúde Bucal.....	25
4.3 A saúde bucal do adulto - levantamento de suas necessidades.....	27
4.4 Perfil epidemiológico população adulta segundo levantamentos nacionais realizados em 2003 e 2010 – SB Brasil 2003 e 2010.....	28
5. DISCUSSÃO.....	31
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	32
6.1 O LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE.....	43

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal, assim como a saúde geral, relaciona-se intimamente com o desenvolvimento das políticas de saúde. Historicamente, a prática odontológica inseriu-se na Saúde Pública, em 1912, quando da Fundação das Clínicas Dentárias Escolares em São Paulo. Sua atuação caracterizava-se pela execução de tarefas desarticuladas e desiguais, reprodutoras do mesmo sistema de trabalho dos consultórios particulares e executada por profissionais despreparados. Mais tarde, os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) se preocuparam em assistir populações específicas como os trabalhadores da zona da borracha e os escolares. Viviam-se a dicotomia previdência/saúde pública, em que o Ministério da Saúde ocupava-se de determinadas áreas e o setor privado atendia a demanda espontânea com serviços próprios. Muitos eram os problemas enfrentados pela Odontologia nesta época: grande número de doenças, aparecimento de novas doenças, baixa resolutividade, grande demanda reprimida e alto custo (COSTA, 2006). Este modelo perdurou até 1988, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado (BRASIL, 1988).

Com a criação do SUS, a Saúde Pública passa então a se articular em prol de um sistema de saúde comprometido com o estabelecimento de atividades de promoção, prevenção e recuperação de saúde, baseados nos princípios norteadores da universalidade, integralidade e equidade. A partir de sua criação, os profissionais de saúde comprometeram-se com a disseminação da prática proposta por este novo sistema, como possibilidade de reversão do modelo assistencialista, excludente e predominantemente privado desenvolvido até o momento (BRASIL, 2006a; COSTA, 2006).

Ressalta-se também neste período, a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em outubro de 1986, como um momento único de encontro entre dentistas e população, pelo combate a problemática da saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2005). No mesmo ano, ocorreu também o primeiro levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal, que envolveu a população urbana de 16 capitais (COSTA, 2006).

Neste contexto, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF). Em 1994, surge o Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção nas unidades de atenção básica e domicílios, em que as ESF incorporam os agentes comunitários de saúde

(ACS). Cada ESF têm sob sua responsabilidade, em média, 3500 indivíduos. Entre os profissionais das ESF e os usuários, procura-se criar um vínculo de corresponsabilidade. Esta estratégia caracteriza-se por uma enorme capilaridade, pois aproxima a realidade de vida das pessoas a dos profissionais, facilitando a prática e o alcance de resultados em saúde (COSTA, 2006).

Em 2006 a Portaria nº 648/GM, institui a Estratégia de Saúde da Família como a estratégia preferencial de organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006b). O principal objetivo desta estratégia é levar a saúde para mais perto dos usuários, aumentando assim a qualidade de vida destes (EMNI, 2008).

Em 2000, as equipes de saúde bucal (ESB) passam a fazer parte da Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção em saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal. Esta regulamentação propõe a criação de dois tipos de equipes de saúde bucal (ESB): Equipe Modalidade 1, composta por um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de saúde bucal (ASB), e a Equipe Modalidade 2, composta por um CD, um auxiliar de e um técnico de saúde bucal (TSB). Inicialmente para cada duas ESF haveria uma ESB, o que imputava aos profissionais da saúde bucal responsabilidade sobre uma população maior (BRASIL, 2000). A partir de 2003, por meio da Portaria nº 673/GM, o Ministério da Saúde passou a financiar a proporção de 1:1 com relação à ESF. Os profissionais das Equipes de Saúde Bucal inseridas nas Equipes Saúde da Família (ESFs) procuram assim organizar o processo de trabalho no sentido de tornar viável atender toda a população cadastrada na sua área de abrangência (BRASIL, 2003).

Sob esta perspectiva, em 2003, o governo federal elaborou e aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que reforça a organização de ações em rede no sistema, com a implantação e expansão dos serviços tanto na atenção básica quanto nas referências secundária e terciária. Essa política vem reforçar a atuação da Equipe de Saúde da Família, responsabilizando todos os gestores e trabalhadores municipais para reorganização da Atenção Básica. A atenção básica em saúde bucal é responsável pela detecção das necessidades, pelo tratamento e pelo encaminhamento requerido em cada caso, assim como pelo monitoramento e acompanhamento da evolução da reabilitação e pós-tratamento (BRASIL, 2004).

À equipe de saúde bucal, assim como a todos os profissionais envolvidos na atenção básica, compete, portanto, um trabalho complexo que têm esbarrado em inúmeras

dificuldades operacionais, tanto de atendimento às necessidades básicas - atividades de prevenção, tratamento e promoção de saúde, quanto de acompanhamento longitudinal - atenção secundária e terciária, visando o cuidado integral do paciente (BRASIL, 2004).

Historicamente, observa-se também que na avaliação dos serviços de saúde bucal prestados à comunidade, o grupo populacional dos adultos foi preterido dos programas assistenciais. E ainda, destaca-se que os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem, assim, a um agravamento dos problemas existentes nesta fase da vida, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além de ocasionar perdas dentárias (BRASIL, 2004).

Além disso, os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos, e entre adultos têm sido apontados como causadores de milhares de horas perdidas no trabalho (BRASIL, 2004).

No estudo qualitativo realizado por Vargas e Paixão (2005), os resultados apontam para uma ineficiência da atenção básica em resolver os problemas odontológicos de adultos. Entre os principais problemas, encontram-se a acessibilidade, as filas e a extração dentária. A perda dentária é extremamente cruel, gerando problemas inclusive psicossociais, pois compromete a mastigação e a estética.

Desta forma, considerando-se que os adultos constituem a maioria da população brasileira, demandam por serviços odontológicos, e ainda podem influenciar decisivamente o comportamento de seus dependentes, observa-se a importância de compatibilizar a atenção prestada nas unidades de atenção básica aos problemas bucais de adultos, aumentando o acesso do adulto ao atendimento odontológico.

Neste aspecto observa-se que a população adulta moradora da área de abrangência da ESF São Paulo do município de Divinópolis vive realidade semelhante.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Apresentar proposta de organização do atendimento da população adulta aos serviços de saúde bucal na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família São Paulo do município de Divinópolis/MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as causas dos principais agravos de saúde bucal dos adultos na área de abrangência da ESF São Paulo do município de Divinópolis
- Ampliar a capacidade de atendimento odontológico nesta área por meio de levantamento epidemiológico e organização da agenda de atendimento (demanda programada)

3 METODOLOGIA

Este estudo refere-se a uma proposta de plano de intervenção direcionado a população adulta da área de abrangência da ESF São Paulo, do município de Divinópolis/MG, desenvolvida a partir de uma revisão de literatura, com enfoque em estratégias adequadas para organização do atendimento odontológico desta população.

3.1 A REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada a partir de uma busca por trabalhos científicos e produções técnicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio do endereço eletrônico *regional.bvsalud.org/*. Também foram incluídos textos e trabalhos lidos durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais e legislação nacional pertinentes ao tema.

Os descritores listados abaixo foram utilizados associados a outros dois termos “saúde bucal” e “adultos”:

- Estratégia de Saúde da Família
- Acesso
- Planejamento em saúde
- Educação em saúde
- Estratégia de intervenção
- Equipe de Saúde Bucal

Não houve limitação quanto à data de publicação, somente quanto à língua de publicação, devendo ser a língua portuguesa. O texto deveria estar disponibilizado na íntegra.

Uma pré-seleção dos artigos foi realizada pela leitura dos títulos. Procedeu-se então a leitura dos resumos e àqueles julgados como pertinentes foram selecionados para leitura na íntegra.

A revisão de literatura forneceu informações importantes que permitiram uma maior compreensão do problema priorizado, assim como subsidiaram a presente proposta de intervenção.

3.2 CAMPO DE ATUAÇÃO

3.2.1 Estratégia Saúde da Família São Paulo/Divinópolis: caracterização do campo de atuação

Divinópolis é um município situado na região Centro-oeste, a 110 km de Belo Horizonte, com população de aproximadamente de 216 mil habitantes, distribuída em 12 setores sanitários (IBGE, 2010).

Em Divinópolis, a Estratégia de Saúde da Família teve início em 1996, primeiramente com quatro equipes, que foram reorganizadas com o passar do tempo, para adequação às normas do Ministério da Saúde. Atualmente, o município conta com a implantação de 15 centros de saúde, 16 ESF, 17 ESB e 93 ACS, o que representa aproximadamente 25% de cobertura populacional estimada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Localizado na região Sudoeste de Divinópolis, o Centro de Saúde São Paulo é dos centros do município. Ao sul, ele é limitado pelo município de São Sebastião do Oeste, ao norte pelo território de abrangência do Centro de Saúde Belvedere, a leste pelo Centro de Saúde Santos Dumont e a oeste pelo Centro de Saúde Morada Nova.

No ano de 2000, para início das atividades do PACS neste centro, agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiras foram contratados. Após o cadastramento, verificou-se que a região do PACS São Paulo não havia atingido o número necessário de usuários cadastrados para a implantação do programa, e então, foi realizada nova divisão com o centro de saúde vizinho e novo cadastramento.

Em agosto de 2001, este centro passou a atender segundo a Estratégia de Saúde da Família com uma equipe de saúde da família (ESF) composta por 1 médico, 1 enfermeira, e 4 ACS.

Hoje o centro de Saúde São Paulo conta com uma ESF, composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 ASB, 1 técnica de enfermagem e 3 ACS; além de 1 motorista e 1 auxiliar de serviços gerais¹.

O Centro de Saúde São Paulo trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastro e o acompanhamento da população adscrita a esta área. Seu território de abrangência é dividido em 4 microáreas. O cadastramento é realizado através de visitas domiciliares no território pré-estabelecido e contêm a identificação dos componentes familiares, a morbidade referida, condições de moradia, saneamento e condições ambientais. Serve também para gerar ações não só na esfera de saúde, mas em outras áreas da gestão municipal, objetivando a melhoria de qualidade de vida da população¹.

Este centro atende a dezenove bairros. Sua população adscrita é atualmente de 892 famílias (3.215 pessoas cadastradas). Aproximadamente 60% da população adscrita, encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos, estando 59% destes entre 20-39 anos. Quanto ao sexo, a distribuição é quase que paritária¹.

A comunidade da área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo é composta por uma população de baixa renda. Oitenta e um por cento das famílias vivem com até três salários mínimos, 18,5% recebem entre três e dez salários e menos de 0,5% apresentam renda superior a 10 salários¹.

Em 93% dos domicílios o abastecimento de água é por meio de rede pública e utiliza-se água filtrada. A coleta pública de lixo também acontece para a maioria destes domicílios (90%), mas algumas famílias (13%) ainda não são atendidas pela coleta de lixo em suas casas, o que resulta em poluição ambiental e risco para a saúde com o aumento das doenças respiratórias¹.

Quanto ao saneamento básico, apenas 43% possuem rede de esgoto (2 dos 19 bairros), sendo a maioria destinado à fossas e 0,34% deixados a céu aberto. A maioria das residências foi construída de tijolo/adobe e possui energia elétrica (99%). Apenas uma moradia foi construída com material aproveitado e duas foram feitas de outros materiais¹.

A iluminação pública não é fornecida em vários pontos da região, assim como a pavimentação de ruas. O transporte coletivo é escasso para atender a população: apenas duas

¹ Levantamento de necessidades em saúde bucal do Centro de Saúde São Paulo realizado pela Equipe de Saúde Bucal São Paulo, Divinópolis, 2005.

linhas de ônibus circulam de 50 em 50 minutos. Somente nos horários de pico, há uma linha de reforço¹.

Como se pode notar, a região enfrenta vários problemas de infra-estrutura, que oferecem riscos consideráveis à saúde e de grande relevância epidemiológica. Devido à situação de risco social em que se encontram, a maioria das famílias fica exposta às circunstâncias de pobreza, violência, uso de drogas, vivência de rua, entre outras. Diante desse fato, o atendimento efetivo desta população requer dos profissionais ações específicas e bem direcionadas, com o intuito de minimizar tal situação.

3.2.2 A inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Divinópolis

Em Divinópolis, a incorporação das equipes de saúde bucal (ESB) nas ESF se deu em 2001, após o projeto da então coordenadora de saúde bucal em Divinópolis-MG, Dra. Maria Heloisa Moreira Guadalupe, ter sido aprovado, respectivamente, pelo atual secretário de saúde Dr. Leopoldo Greco Rodrigues dos Santos, pelo atual prefeito Dr. Galileu Teixeira Machado, pelo Conselho Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.

Na ocasião, o Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) do município não contemplava a inserção dos profissionais de Odontologia nas ESF, porém este fato não desestimulou a implantação do projeto, prevendo-se assim, a necessidade de alteração deste Plano.

Em um primeiro momento, somente uma equipe piloto modalidade II (1 cirurgião-dentista, 1 técnico de saúde bucal e 1 auxiliar de saúde bucal) iniciou as atividades de saúde bucal. Posteriormente, na proporção de 1 ESB para cada 2 ESF, foram incorporadas 05 ESB para as 10 ESF, já implantadas (100% de cobertura do território adscrito). Os espaços físicos foram adaptados de forma a atender aos critérios de referência territorial e acessibilidade (DIVINÓPOLIS, 2010).

Conforme previsto na Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, a carga horária dos profissionais das ESB é de 40 horas semanais e cada ESB atenderia em média a 6.900 habitantes (BRASIL, 2000). Para tanto, na época, alguns profissionais concursados já

existentes na rede, com remuneração compatível com a carga horária foram remanejados, segundo critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). A SEMUSA também investiu na capacitação desses profissionais (DIVINÓPOLIS, 2010).

Os recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde ou Fundo Estadual de Saúde foram transferidos segundo a modalidade de inclusão das ações de saúde bucal na ESF conforme Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Para cada ESF implantada, o município recebeu um incentivo financeiro anual no valor de R\$13.000,00 (treze mil reais) para as Modalidades I e de R\$16.000,00 (dezesesseis mil reais) para as Modalidades II, repassado em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos), além de um incentivo adicional de R\$5.000,00 (cinco mil reais), em parcela única, para aquisição ou complementação de instrumentais e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000).

Em contrapartida, o município ficou responsável pelo pagamento de salário dos profissionais das ESB, transporte dos profissionais das ESB, compra do material de consumo, reposição de instrumentais, reposição de equipamentos e manutenção de equipamentos.

As ESB devem executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados. Procedimentos especializados de saúde bucal são referenciados no próprio território municipal. As ações de promoção e prevenção no âmbito da saúde bucal são planejadas e desenvolvidas interdisciplinariamente (BRASIL, 2010).

Inicialmente, a faixa etária prioritária estabelecida foi 0 a 18 anos, mas progressivamente todas as famílias residentes nas áreas cobertas foram atendidas.

Os procedimentos chamados coletivos são procedimentos de promoção e prevenção, de baixa complexidade, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados, os quais não necessitam de equipamentos odontológicos. Cabe ao serviço de saúde, oferecer a informação, assim como motivar e sensibilizar a clientela de sua responsabilidade, para que ela se apropriasse da tecnologia para a promoção de saúde bucal.

As atividades educativas e motivadoras para a saúde consistem em palestras, orientações sobre controle de dieta e hábitos deletérios, além da aplicação tópica de flúor em gel (escova/moldeira), bochechos, escovação com pasta de dente fluoretada e água de abastecimento fluorada, escovação supervisionada com evidenciação de placa bacteriana e incentivo ao uso do fio dental ou similar.

Quanto da assistência individualizada propõe-se o atendimento em um mínimo de sessões e máximo de procedimentos possíveis. Desta forma, o usuário se desloca o menor número de vezes do seu domicílio para ir aos locais de prestação de serviço (consultório odontológico).

Os procedimentos individuais envolvem em uma fase inicial, a adequação do meio bucal com atividades de orientação, profilaxia, remoção de cálculo, remoção de restos radiculares, pulpotomias, drenagens de abscessos, selamentos em massa das lesões (IRM) e exodontias.

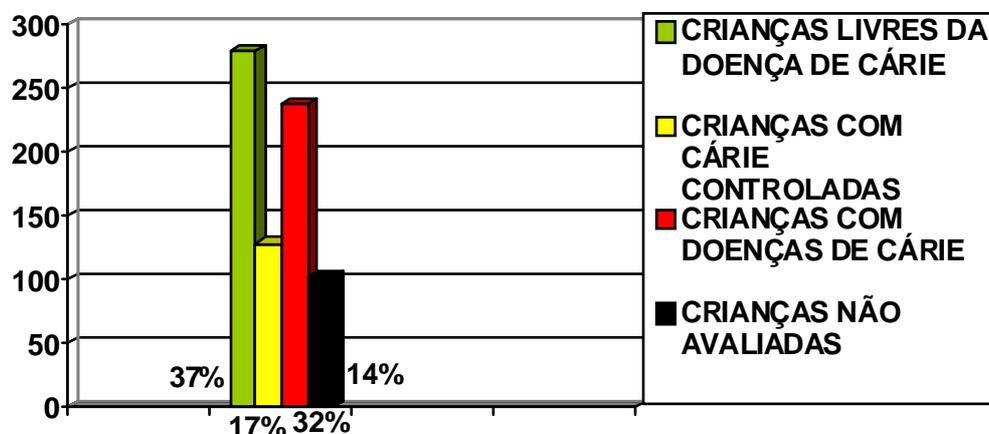
A fase reabilitadora, ou curativa, quando necessária, fundamenta-se na reintegração funcional (mastigatória) e social (estética) do indivíduo, por meio de procedimentos curativos, tais como ART (Técnica Restauradora Atraumática) e restaurações de amálgama e/ou resina. Atualmente, existem 16 ESB na modalidade I e 1 equipe a modalidade II. As unidades de apoio são a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis (SEMUSA) e a Diretoria Regional de Saúde (GRS). E as unidades de referência, o Pronto Socorro Regional com o atendimento para traumatismos dentários; o Serviço de Radiologia Odontológica para tomadas radiográficas periapical e bite-wing; o Serviço de Endodontia e Periodontia (DIVINÓPOLIS 2010).

3.2.3 A inserção da Equipe de Saúde Bucal São Paulo

A ESB São Paulo foi implantada no Centro de Saúde São Paulo em novembro de 2004, composta por um CD e um ASB.

O trabalho teve início com visitas às famílias de componentes na faixa etária de 0 a 14 anos, fazendo orientações e o levantamento de necessidades. Até abril de 2005 foram visitadas 390 famílias e as necessidades levantadas na época para crianças de 0 a 14 anos estão apresentadas abaixo.

CONSOLIDADO DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES NO PSF. SÃO PAULO
ATÉ ABRIL/2005.



Fonte: Levantamento de necessidades em saúde bucal do Centro de Saúde São Paulo realizado pela Equipe de Saúde Bucal São Paulo, Divinópolis, 2005.

Como programa de atendimento odontológico a ESB se propõe a agendar retorno anual na faixa etária de 0 a 18 anos; orientações a gestantes e agendamento com dentista ao término do terceiro mês de gestação; cadastramento de bebês até 6 meses de idade para que a família tenha direito ao tratamento odontológico. Além disso, é oferecido aos pais e irmãos depois de 6 consultas do bebê na “Bebê clínica”, o direito ao tratamento odontológico. As urgências para maiores de 18 anos são atendidas no centro. Quanto aos adultos, devido à ausência de um levantamento epidemiológico, a equipe ainda não pode propor um trabalho de acompanhamento sistemático.

3.3 ESTRUTURAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A metodologia é baseada nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde, propostas pelo Ministério da Saúde em 2004, e subsidiada pela revisão de literatura.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Oitenta artigos foram pré-selecionados pela leitura do título. Vinte resumos foram lidos. Destes, 9 compõe a presente revisão. Além dos artigos, esta revisão incluiu 6 produções técnicas lidas durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais e 11 legislações nacionais pertinentes ao tema.

4.1 A Equipe de Saúde Bucal e o usuário adulto

O desenvolvimento de adequadas estratégias de abordagem em saúde bucal na Atenção Básica, capazes de captar o usuário e alcançar resultados satisfatórios em termos de prevenção e promoção de saúde bucal, assim como a organização de uma agenda que comporte o atendimento de demanda programada e espontânea é um grande desafio para as Equipes de Saúde Bucal.

A estratégia de Saúde da Família e a equipe de saúde bucal nela inserida tem o propósito de aumentar o acesso da população a serviços de saúde, garantido um adequado atendimento às suas necessidades.

Rocha e Goes (2008) compararam áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde bucal e avaliaram os fatores associados a este acesso. Surpreendentemente, não foi observada diferença no acesso aos serviços odontológicos entre a área coberta e não coberta. Dentre os possíveis fatores que explicariam este achado, os autores destacam a não adequação da formação profissional ainda focada no tecnicismo e especialização, os fatores sócio-demográficos, como idade e renda e o direcionamento das políticas para grupos prioritários, principalmente escolares. O avanço da idade parece ser um fator de confusão na relação acesso e renda, pois em grupos de menor renda, o avanço da idade parece reduzir a oportunidade de acesso ao sistema. Assim, fica evidente, que a população adulta encontra-se vulnerável e há necessidade de incluí-los no planejamento das ações de saúde. Os profissionais da saúde bucal devem também apresentar-se consoantes a tal planejamento, ou seja, é importante que estejam preparados para tal.

Emni e Barroso (2008), também avaliaram as ações de saúde bucal executadas após implantação da Estratégia de Saúde da Família. Os dados obtidos apontam que os usuários são, em sua maioria, adultos jovens, do gênero feminino e concluíram o ensino médio. De uma forma geral, os usuários demonstraram estar satisfeitos e ter evoluído seus conhecimentos sobre saúde bucal após a atuação da equipe. De fato, são observados resultados positivos quando da implantação da Estratégia de Saúde da Família neste estudo. No entanto, novamente ao ser observado o perfil dos usuários, destaca-se a ausência de adultos.

O trabalho de Camargo *et al.* (2009), aponta uma menor utilização de serviços odontológicos públicos entre os mais pobres e com menor grau de escolaridade. Os autores sugerem maior investimento em políticas públicas que estimulem o uso regular.

Sob a perspectiva da atuação de profissionais de saúde bucal ligados a estratégia de saúde família, os achados de Pereira *et al.* (2009), trazem resultados interessantes. Neste estudo, os autores verificaram o grau de utilização de serviços odontológicos entre áreas cobertas pela equipe de saúde bucal no ESF, com áreas de ESF, porém sem equipe de saúde bucal, e áreas não cobertas por ESF. A saúde bucal apresentou impacto positivo somente quando comparada às áreas sem cobertura de ESF, ou seja, esta avaliação isola o efeito da equipe de saúde bucal, revelando que esta não afeta o acesso à assistência odontológica. Segundo os autores, este resultado pode estar associado ao fato da inclusão das equipes de saúde bucal não ter se traduzido em uma mudança no processo de trabalho. Assim, o trabalho dos profissionais vinculados à equipe de saúde bucal estaria ainda pautado na abordagem curativo-restauradora, sendo de baixa cobertura e resolutividade. Quando preventivas estas ainda se restringem a faixas etárias específicas, essencialmente, crianças em idade escolar. Fica então demonstrado ser crucial para o sucesso, a forma como as estratégias são implantadas e mantidas.

Além da necessidade urgente de incluir o adulto no planejamento da saúde bucal, destaca-se, então, a importância de uma atuação articulada, pertinente e programada dos profissionais da equipe de saúde bucal. As diretrizes apontadas pela Política Nacional de Saúde propõem uma atuação pautada na integralidade (BRASIL, 2004).

Em sentido contrário aos problemas apontados pelos estudos acima, os achados de Rodrigues *et al.* (2009), demonstram que os dentistas inseridos na ESF apresentam perfil

adequado a estas diretrizes, pois dedicam-se a atividades de educação em saúde, procurando se capacitar, e têm uma visão coletiva, voltada a prevenção.

Os agentes comunitários de Saúde também podem representar um importante papel no alcance de uma atenção básica de qualidade, focada na promoção de saúde, pois quando devidamente capacitados podem atuar como disseminadores de informações e conhecimentos que contribuam para o empoderamento da população no que diz respeito aos problemas em saúde, conforme é observado por Frazão e Marques (2009). Estes autores realizaram estudo avaliando as mudanças alcançadas em conhecimentos, atitudes e utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de saúde bucal que utilizou agentes comunitários de saúde como disseminadores. Neste estudo, os agentes comunitários receberam treinamento do componente de saúde bucal durante dezoito horas distribuídas em três dias. Além disso, recursos auxiliares foram empregados, como manuais, filmes e produtos de higiene bucal.

Embora a realização do diagnóstico dos problemas bucais seja precipuamente de competência do cirurgião-dentista, a detecção dos fatores, sinais e sintomas de risco em saúde bucal pode ser realizada por todos os profissionais da equipe de saúde, a partir de inquéritos realizados junto às pessoas usuárias que acessam o serviço e/ou junto à comunidade. Esse processo pode ser utilizado na rotina de trabalho da equipe de saúde, para realizar os encaminhamentos das pessoas usuárias para a avaliação do dentista (SANTOS, 2010).

Educar não é tarefa fácil. Ferreira *et al.* (2004), ao descreverem uma experiência de programa educativo desenvolvido em uma unidade básica de saúde, sugerem que a educação para a saúde bucal deve ser integrada à educação para a saúde geral de forma a dar mais ênfase ao processo educacional, à motivação contínua dos educandos, individualmente ou não, do que ao conteúdo teórico dos programas (imposição de técnicas e instruções). A participação da equipe de saúde e da comunidade no planejamento das atividades e das ações pode aumentar a probabilidade de sucesso. Simplificar as informações para que haja maior facilidade na assimilação e incorporação destas à rotina diária também torna as escolhas mais saudáveis, mais fáceis. Sugere-se também que as equipes de saúde bucal devem trabalhar de forma a reduzir a ansiedade dos pacientes por tratamento imediato e devem evitar a aplicação de técnicas que culpabilizem os usuários. Os usuários têm seus próprios valores e expectativas. Sendo assim, os profissionais devem evitar a simples imposição de conceitos e hábitos. Em adição, é fundamental que os profissionais da equipe de saúde bucal estejam convictos da importância das mensagens de saúde que passam. Os adultos, novamente são

destacados como importante foco de atuação, pois além de pacientes, podem atuar como disseminadores e multiplicadores dos aconselhamentos.

As ações educativas realizadas pela equipe de saúde devem contemplar a capacitação da população para a detecção dos fatores e dos sinais e sintomas de risco em saúde bucal, possibilitando o fortalecimento de sua autonomia enquanto seu estado de saúde bucal e controle do processo saúde-doença (SANTOS, 2010).

Os trabalhos revisados até aqui reforçam a importância de ações de saúde bucal na atenção básica que também sejam voltadas à população adulta, uma vez que esta parcela populacional tem sido preterida, e que esta atenção seja focada na integralidade, e, portanto, ensejem ações capazes de tratar, prevenir e promover saúde, assim como garantir adequada manutenção e reabilitação desta.

Para tanto, os profissionais de saúde bucal devem identificar de forma eficiente os principais problemas que acometem os adultos e assim planejar suas ações, garantindo desta forma, direcionalidade às ações desenvolvidas e aumentando as chances de alcançar resultados positivos.

4.2 O Planejamento das ações de Saúde Bucal

Planejar significa pensar e agir, identificando de forma eficiente os problemas do dia-a-dia, utilizando de forma eficaz os recursos e definindo objetivos possíveis. O planejamento exige a participação de todos os interessados, para que considere as diferentes visões, técnicas e políticas e possua assim uma coerência global. É um processo permanente que garante direcionalidade às ações desenvolvidas, é cálculo que precede e preside a ação (CAMPOS, 2010).

O planejamento estratégico enquanto método de planejamento apresenta três importantes aspectos: o projeto de governo (plano da equipe para enfrentar os objetivos), a governabilidade (recursos que a equipe possui) e a capacidade de governo (experiência e acumulação de conhecimentos que a equipe domina). Há também uma sequência lógica, a qual todo planejamento deve seguir (CAMPOS, 2010).

Primeiramente deve-se realizar um diagnóstico situacional, o que implica o acesso e a produção de informações de qualidade. O perfil conterá uma descrição da situação de saúde

das pessoas que vivem em uma determinada área definida geograficamente e alude às intervenções necessárias para melhorar esta situação. Várias informações devem ser consideradas: necessidades, estrutura e capacidade de profissionais envolvidos, envolvimento da população, características do ambiente físico e socioeconômico, disponibilidade dos serviços de saúde e política de saúde governamental. Para cumprimento desta etapa, diretrizes de coleta e análise dos dados devem ser elaboradas. Um cronograma do trabalho de coleta também é importante. Se forem utilizadas entrevistas, um roteiro deve ser elaborado. A observação ativa e a coleta de dados secundários geralmente agregam importantes informações ao perfil (CAMPOS, 2010).

A partir da organização dessas informações, um perfil de planejamento é elaborado e possíveis explicações para os problemas encontrados podem ser sugeridas. Uma vez identificadas, as causas possíveis de serem atacadas e que impactem no problema priorizado, denominados nós críticos, podem ser definidas (CAMPOS, 2010).

Definidos os nós críticos, a elaboração do plano de intervenção propriamente dito pode ser realizada. O plano de intervenção deve identificar os recursos críticos, sua viabilidade, assim como os indicadores e meios de acompanhamento do plano (CAMPOS, 2010).

O plano é, portanto, um produto momentâneo de um processo de planejamento que orienta a ação da equipe que planeja (CAMPOS, 2010).

O protocolo integrado de atenção à saúde bucal do município de Curitiba propõe que para organização da atenção em saúde bucal, as equipes identifiquem as micro-áreas de risco e realizem um mapeamento por ciclo de vida, dinâmico e legendado, tendo como base os dados demográficos sócio-econômicos, culturais, meio ambiente e morbi-mortalidade coletados através do cadastramento domiciliar. Ainda, deve garantir um acompanhamento destas famílias em todos os contextos (domicílio, Unidade de Saúde (atendimento), associações, escolas, ONGs, entre outras), visando estabelecer parcerias. A utilização do genograma, adaptado para odontologia, pode se constituir em uma importante ferramenta para conhecimento das famílias (SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, 2004).

O estabelecimento da programação das atividades deve enfatizar as ações de promoção de saúde, a partir dos problemas priorizados e dos objetivos a serem atingidos, sem prejuízo da assistência propriamente dita. A assistência clínica odontológica deverá ser executada por

meio do atendimento programado, do pronto-atendimento, do atendimento à urgência e extra clínica (SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, 2004).

Quanto à manutenção coletiva da saúde bucal, os integrantes de famílias priorizados deverão ser acompanhados pela equipe em seus domicílios e/ou nos centros de saúde e receberão orientações, com base no perfil familiar, previamente analisado. A manutenção individual deverá ser realizada na clínica odontológica, quando constatada a necessidade de intervenções clínicas.

O processo de vigilância é inerente a manutenção da saúde, tanto coletiva quanto individual. Deve-se considerá-la como uma prática contínua de detecção de danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde, articulada a um esquema operacional que possibilite fazer os encaminhamentos necessários (SANTOS, 2010).

4.3 A saúde bucal do adulto - levantamento de suas necessidades

As necessidades em saúde podem ser normativas, aquelas definidas pelos profissionais de saúde principalmente a partir de risco, sinais/sintomas e possibilidade de agravamento do quadro, e as necessidades percebidas pelo usuário. Neste caso, a percepção das pessoas sobre o seu estado de saúde, seu bem-estar para realizar as atividades cotidianas. Todo o processo de priorização de necessidades deve ser amplamente discutido e construído em conjunto, envolvendo os gestores, as equipes de saúde, a comunidade e os conselhos de saúde. Sendo assim, as perguntas direcionadoras são: como encontrar as pessoas que precisam da atenção em saúde e, entre essas, quais atender de forma prioritária? (SANTOS, 2010).

O atendimento individual programado em saúde bucal também tem que estabelecer prioridades. Mas como? Quem deve ser encaminhado primeiro para o atendimento planejado? Atentando-se para um importante compromisso da equipe de saúde com o atendimento equânime, propõe-se a priorização de alguns grupos mais vulneráveis para avaliação de risco individual pelo CD (SANTOS, 2010).

Segundo Santos *et al.* (2010), a avaliação de risco é um procedimento de diagnóstico, feita a partir de exame clínico, realizado pelo cirurgião-dentista. Nesse sentido, os seguintes grupos populacionais devem ser considerados prioritários num primeiro momento para a avaliação de risco individual em saúde bucal, segundo critérios de vulnerabilidade: famílias

classificadas como de alto risco social, e gestantes, diabéticos, imunodeprimidos, pessoas com necessidades especiais. Todos os ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) devem ser considerados, e também para que a saúde bucal possa ser trabalhada no contexto familiar. Baseado em sinais e sintomas apresentados pelos usuários, o dentista irá avaliar a situação de risco de cada um, categorizando-os como R1, R2 ou R3, priorizando os atendimentos na respectiva ordem:

“R1: Presença de problemas bucais descritos abaixo, dando prioridade às pessoas usuárias com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles.

1- Cárie ativa

2- Doença periodontal ativa

3- Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal

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.

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

Os grupos de risco **R1** e **R2** representam as pessoas usuárias com necessidades de ações educativas e preventivas e necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador. O grupo **R3** representa as pessoas usuárias com necessidade de manutenção educativa/preventiva.”

(SES/MG, 2006).

As doenças bucais como cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal são problemas que afetam principalmente as populações socialmente marginalizadas (SANTOS, 2010).

Roncalli *et al.* (2002) revelaram que a coleta direta de dados epidemiológicos no domicílio é um recurso científico que pode ser utilizado para identificação das condições e necessidades de saúde bucal em adultos. Para tal, recomenda-se que devam ser adotadas medidas de controle da taxa de resposta dos usuários, tais como, a realização de reuniões com líderes comunitários, adequado treinamento dos agentes comunitários de saúde e outros

membros da equipe que realizem o levantamento e divulgação prévia do levantamento junto à comunidade.

4.4 Perfil epidemiológico população adulta segundo levantamentos nacionais realizados em 2003 e 2010 – SB Brasil 2003 e 2010

De acordo como o levantamento epidemiológico realizado em 2003 os agravos que mais afligem a saúde bucal da população adulta brasileira são a cárie dentária e a doença periodontal. A perda dentária também aparece como um problema que atinge adultos e idosos. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Foi observado também que os problemas odontológicos se tornam mais severos à medida que decresce o porte populacional das cidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Curiosamente, em relação à doença periodontal, na faixa etária de 35 a 44 anos, encontrou-se maior percentagem de pessoas com doença periodontal severa em cidades de 100.000 habitantes ou mais. Ressalta-se, contudo, que também nestes municípios o percentual de sextantes excluídos é menor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Quanto ao acesso e utilização de serviços odontológicos entre adultos e idosos, o levantamento apontou que 46% desses indivíduos foram ao dentista devido à presença de dor. Variação de acesso e utilização desses serviços pode ser observada ainda entre as regiões: as piores proporções foram encontradas na Região Norte (56%) e as melhores para a Região Sul (36%). Conforme sugerem os dados, disparidades relacionadas ao acesso a serviços odontológicos existem, sendo provável que muitas dessas diferenças sejam decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, entre outros, o impacto de medidas mais gerais, como por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e utilização de serviços de assistência odontológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No inquérito populacional realizado pelo Ministério da Saúde em 2010, foi relatada significativa redução na prevalência e na gravidade da doença cárie associada a maior acesso e utilização de serviços odontológicos restauradores dentre crianças. Essa importante tendência de declínio da cárie e o incremento no acesso aos serviços se reproduzem também

em adolescentes (15 a 19 anos) e em adultos (35 a 44 anos) (BRASIL, 2010). Em 2003 o CPO médio registrava 20,1, diminuindo para 16,3 em 2010, o que registra uma redução de 19%. Tão importante quanto o declínio no valor do CPO, é o crescimento da proporção do componente “obturado”, que sai de 4,2 para 7,1 (aumento de 69%), associado a uma queda para quase a metade do componente “extraído”. Esses valores indicam que, além de apresentar menor ataque de cárie, a população adulta brasileira está conseguindo acessar cuidados terapêuticos adequados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Embora os resultados desse levantamento pareçam promissores nacionalmente, a pesquisa indicou que perduram as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção; além de déficit ainda significativo em idosos no que diz respeito a necessidades de próteses dentárias, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Quadro 1. Quadro comparativo do perfil odontológico de cárie e doença periodontal, segundo dados dos levantamentos epidemiológicos nacionais de 2003 e 2010, SB Brasil 2003 e 2010.

	2003	2010
Cárie - CPO-D médio adulto		
35 a 44 anos	20,1% (Perdido 66 % do índice)	16,3
Doença periodontal		
35 a 44 anos	21,9%	17%

5. DISCUSSÃO

O histórico da saúde bucal no Brasil deixa claro o abandono da população adulta quanto ao acesso ao tratamento odontológico e aos serviços de promoção e prevenção à saúde bucal. Esta exclusão gerou uma demanda reprimida de doenças pela falta de cuidados preventivos e curativos, o que exige dos profissionais ligados à saúde bucal, um planejamento estratégico que possa dar conta de organizar o processo de trabalho para que o acesso universal aconteça de forma equânime.

O presente trabalho procurará estabelecer um planejamento de acesso ao usuário ao atendimento odontológico de acordo com prioridades detectadas através da análise do risco biológico (avaliação das condições de saúde bucal) e do risco social e da percepção do indivíduo sobre sua saúde, dentro da premissa de que as doenças que afetam a cavidade bucal também são dependentes de vários determinantes além dos biológicos.

Este levantamento é capaz de quantificar o problema, determinando o risco individual e familiar da população. Conforme a revisão realizada observa-se que ao identificar e conhecer o(s) problema(s), o profissional tem condições e deve planejar ações que assim apresentarão maior resolutividade, ou seja, maiores chances de melhorar e programar sua oferta de vagas dentro do seu processo de trabalho.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Há uma demanda do Centro de Saúde São Paulo pela realização de um levantamento das condições de saúde bucal de sua população adulta, pois 60% da população da área adscrita encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos, o que equivale aproximadamente a 1995 pessoas. Este levantamento será realizado de forma a dimensionar as necessidades de tratamento desses indivíduos e estabelecer o atendimento de uma demanda programada, por meio da organização de uma agenda de atendimento conciliada à demanda espontânea dessa população.

Os objetivos do levantamento epidemiológico proposto envolvem, portanto, o conhecimento da prevalência e severidade das principais doenças ou condições bucais, como cárie, doença periodontal e edentulismo; necessidades de tratamento relacionadas às condições de saúde bucal identificadas; documentação desse levantamento para acompanhamento pelas equipes de saúde, inclusive no que diz respeito aos resultados alcançados ao longo do tempo; e organização de uma agenda para realização dos serviços odontológicos levantados.

A proposta desse levantamento será colocada em pauta na próxima reunião geral do centro de saúde e envolverá toda a área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo. A proposta deverá também ser discutida com a população através de uma reunião com a equipe, a comunidade e seus representantes (Conselho Municipal de Saúde). Isto será de grande importância para que todos saibam como o processo de aumento do acesso acontecerá, o que fará com que a população esteja ciente dos objetivos do plano, possa colaborar ativamente com a proposta, sem falsas expectativas.

A presente proposta será constituída das seguintes etapas:

1º) Reunião Geral envolvendo toda a equipe de trabalho do Centro de Saúde São Paulo: a proposta de levantamento será feita para toda equipe, e os membros da equipe diretamente envolvidos com o levantamento serão determinados (Equipe de Saúde Bucal). É importante, que uma vez aprovada a realização deste levantamento entre os membros da equipe de saúde da família, também seja agendada a reunião entre equipe, comunidade e seus representantes.

2º) Reunião com a equipe, a comunidade e seus representantes (Conselho Municipal de Saúde). O objetivo principal é a divulgação do levantamento para a comunidade conforme dito anteriormente

3º) Reunião para preparação da Equipe de Saúde Bucal: levantamento de dúvidas e sugestões entre os membros, definição de atribuições de cada membro, organização de um cronograma para execução do plano, levantamento dos instrumentos a serem utilizados. O cronograma deverá conter o cálculo de dias despendidos com o levantamento. Deve também ser agendada uma reunião com os agentes comunitários de saúde e para tanto, material adequado deverá ser selecionado. Serão disponibilizadas duas reuniões de 4 horas: a primeira para preparação da Equipe de Saúde Bucal e a segunda para organização do material a ser utilizado com os ACS.

4º) Reunião da Equipe de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde. Esta reunião tem como objetivo firmar um importante vínculo entre a ESB e os ACS para que estes atuem como disseminadores do plano proposto na comunidade. É esperado que os ACS possam reforçar continuamente a importância da saúde bucal e para tanto devem ser adequadamente preparados.

5º) Levantamento epidemiológico propriamente dito (conforme descrito mais abaixo).

6º) Organização e tabulação de dados em programa Excel.

7º) Análise de dados e elaboração de relatório: especificar quais os principais problemas levantados e estratégias de enfrentamento.

8º) Organização de agenda de atendimento que comporte as necessidades levantadas (definição do nº de pacientes serão atendidos por dia e de como serão agendados). Considerar horários compatíveis com trabalho dos usuários.

6.1 O Levantamento de necessidades e classificação de risco

Toda população cadastrada da área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo foi classificada pelo grau de risco segundo as diretrizes do Plano Diretor de Atenção Primária.

Os critérios utilizados para classificação foram:

- Fatores socioeconômicos:
 - Alfabetização do chefe da família
 - Renda familiar – risco-renda per capita de até R\$60,00
 - Abastecimento de água
- Presença de condições ou patologias crônicas prioritárias: é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem condições ou patologias por ciclo de vida.

O Quadro 2 a seguir mostra a pontuação final para classificação por grau de risco.

Quadro 2. Pontuação final para classificação por grau de risco segundo critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Pontuação final para classificação por grau de risco			CRITÉRIOS SOCIAIS			
			Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
			0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem alguma patologia ou condição crônica	1	1	2	3	4
	2 ou mais componentes tem 1 patologia ou condição crônica	2	2	3	4	5
	1 ou mais componentes tem concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	3	4	5	6

Fontes: MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Atenção em Saúde Bucal, SAS/MG, 2006. 290 p.; MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde. Oficina 3- Diagnóstico Local. Belo Horizonte: ESPMG, 2008. 86 p.

Quadro 3. Interpretação da pontuação da classificação de risco segundo critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Pontuação total	Grau de Risco Social
0	Sem risco
1	Risco baixo
2-3	Risco médio
4-5	Risco alto

A partir dessa classificação será realizado um levantamento de necessidades em saúde bucal através do exame clínico. Deverá ser examinado no primeiro momento o grupo de risco alto.

Perceba que toda a família recebe essa classificação. Como a faixa etária de 0 a 18 anos, conforme apresentado anteriormente, já passou por um levantamento das condições bucais e já estão em tratamento, o exame clínico envolverá neste momento indivíduos entre 20 e 59 anos. Posteriormente, idosos deverão ser abordados, o que não faz parte do plano de intervenção em questão.

O cirurgião-dentista irá avaliar a situação de risco individual, categorizando-os como R1, R2 ou R3, priorizando os atendimentos na respectiva ordem, sendo:

- R1: Presença de problemas bucais, dando prioridade às pessoas usuárias com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles.
- R2: Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador.
- R3: Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

(SES/MG, 2006).

Os problemas bucais a serem avaliados no exame clínico serão: cárie dentária, doença periodontal, fluorose, edentulismo, presença de lesões indicativas de câncer bucal.

Para a cárie dentária, o exame clínico envolverá a avaliação dente a dente e sua mensuração será indicada pelo uso do índice CPO-D. O CPO-D é a soma dos dentes

permanentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). Por este índice, serão anotados as necessidades de tratamento.

Para levantamento da condição periodontal, será utilizado o Índice Periodontal Comunitário (CPI). Este índice avalia a presença de três condições: sangramento, cálculo e bolsa.

Levantamento da condição periodontal :

Código	Crítérios encontrados em 1 ou mais dentes
0.....	Periodonto saudável
1	Sangramento à sondagem
2	Presença de cálculo
3	Profundidade de bolsa: 3 a 5 mm
4.....	Profundidade de bolsa: igual ou maior que 6 mm

Para fluorose dentária, será aplicado o índice de Dean.

O edentualismo será avaliado pelo uso e necessidade de prótese, sendo que ambos não são excludentes.

Análise relacionada à prótese:

Presente

Ausente

Necessita

Toda a cavidade oral será avaliada quanto à presença de lesões de tecido mole ou lesões consideradas pré-cancerígenas (presença de leucoplasia, eritoplasia ou leucoeritoplasia) e sintomas de câncer bucal (presença ou ausência).

A presença de limitações funcionais e psicossociais será avaliada por meio do índice de Determinação de Saúde Bucal Geral (GOHAI). No planejamento de saúde é importante incorporar a percepção subjetiva dos usuários e isto inclui a capacidade mastigatória, a presença de dor ou desconforto e a incapacidade funcional - o que o indivíduo relata sobre o

impacto das condições de saúde bucal sobre a sua vida diária. Assim, há uma integração entre as necessidades de tratamento e as abordagens sócio-psicológicas.

Para análise da autopercepção:

Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral – GOHAI

Quão frequentemente nos últimos 3 meses:

1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
3. Foi capaz de engolir confortavelmente?
4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?
6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?
8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?
9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?
10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?
11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?
12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?

Este índice avalia a percepção nas seguintes dimensões: funcional (o que prejudica ou não suas funções diárias), psicológica (o que está prejudicando ou não seu lado emocional) social (se existem prejuízos ou não nas suas relações com as outras pessoas) e a presença ou não de dor. Para facilitar a aplicação e compreensão do paciente, sugere-se utilizar somente três alternativas: “sempre”, “algumas vezes”, ou “nunca”.

Ao adotar esta abordagem, considera-se para cada uma das frequências os seguintes valores: SEMPRE = 1 ponto, ALGUMAS VEZES = 3 pontos e NUNCA = 5 pontos.

*Lembre-se que nas perguntas 3, 5 e 7, no índice apresentado acima estes valores devem ser considerados invertidamente em função do sentido da pergunta, ou seja, o NUNCA corresponderá a 1 ponto, o ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 5 pontos.

Para determinação do índice final, somam-se os valores. O valor de cada indivíduo varia de 12 (um ponto para cada pergunta) a 60 (cinco pontos para cada pergunta). Quanto mais alto este valor, melhor será a sua qualidade de vida.

Então, a situação de risco individual, se R1, R2 ou R3, será registrada na ficha familiar em quadro de levantamento epidemiológico bucal afixado no envelope familiar (APÊNDICE A).

Após a conclusão da avaliação desse grupo, passa-se para avaliação das necessidades em saúde bucal do grupo de médio risco social seguido pelo baixo e posteriormente o grupo sem risco social.

A agenda de atendimento será então organizada para atendimento segundo os critérios estabelecidos acima, respectivamente R1, R2 e R3, quando então se procederá ao atendimento odontológico.

CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS

Ordem de prioridade para determinar o acesso ao tratamento:

- 1- Acesso imediato** (paciente de alto risco biológico-R1)
- 2- Acesso mediato** (paciente de médio risco biológico- R2)
- 3- Acesso posterior** (paciente de baixo risco biológico-R3)

Em paralelo ao atendimento clínico, pretende-se que sejam criados grupos de saúde bucal para discutir como melhorar o quadro da doença (discussão de novas possibilidades de enfrentamento), o que aumenta a responsabilidade e consciência do usuário em relação à sua saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração e aprovação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) o governo propôs uma organização de ações de forma integrada no sistema, em rede, com a implantação e expansão dos serviços tanto na atenção básica quanto nas referências secundária e terciária.

Essa política vem reforçar a atuação da Equipe de Saúde da Família, responsabilizando todos os gestores e trabalhadores municipais para reorganização da Atenção Básica. É importante começar a melhorar o acesso à assistência odontológica para que o quadro de saúde bucal tenha uma mudança, melhorando a qualidade mastigatória e estética das pessoas, e conseqüentemente gerando uma melhoria na qualidade de vida da população.

Quanto maior o envolvimento dos profissionais da odontologia com a comunidade e com os outros profissionais da equipe de saúde da família, maior a possibilidade de apropriação do serviço e de criação de vínculo com a comunidade, facilitando as estratégias adotadas para organização da demanda.

O uso de instrumentos para classificar o risco dos usuários dos serviços públicos de saúde é importante para organização do processo de trabalho, o que conseqüentemente melhora a oferta de vagas para a demanda programada. Assim pode-se ter uma oferta de serviços universal e equânime, respeitando e fortalecendo os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. M. S *et al*, eds. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. TÍTULO VIII – DA ÓRDEM SOCIAL. CAPÍTULO II – SEÇÃO II, DA SAÚDE – ARTIGOS 196 a 200.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444 de 29 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família Brasília. 2000. Dispõe sobre o incentivo financeiro das esferas municipal, estadual e federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 Dez. 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 04 Jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: 28 Mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº. 17. Série A - Normas e Manuais Técnicos de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 Mar. 2006.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cadernos de Saúde pública**, v.25, n.9: p 1894-1906, 2009.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.. Planejamento e avaliação das ações de saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R.M. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.

DIVINÓPOLIS. Plano municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.divinopolis.mg.gov.br>>. Acesso em: 04 Jun. 2010.

EMNI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1: p.35-41, 2008.

FERREIRA, R. I. *et al.* Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.33, n.3: p.149-156, 2004.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3: p.463-71, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@: Divinópolis - MG. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=312230#>>. Acesso em: 26 Mai 2011.

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Atenção em Saúde Bucal, SAS/MG, 2006. 290 p.

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à saúde: Redes de atenção á saúde/Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2008. Oficina 3- Diagnóstico local. 83p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília, DF: 2004. 51p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em: <

http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: Mar 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Disponível em:< <http://www.sbbrasil2010.org/>>. Acesso em 26 Mai. 2011.

PALMIER, A.C et al. Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFGM. Belo Horizonte: Editora UFGM, 2008, 71p.

PEREIRA, C. R. S., *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de saúde pública**, v.25, n.5: p. 985-996, 2009.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v.24, n.12: p 2871-2880, 2008.

RODRIGUES, A. A. A. O., *et al.* Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. **Revista baiana de saúde pública**, v. 33, n.4: p. 582-594, 2009.

RONCALLI, A. G.; *et al.* Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de atendimento domiciliar. **Boletim de Saúde**, v.16, n.2: p9-18, 2002.

SANTOS, J. S.; BRAGA, W. T. Texto escrito para o Guia Curricular: Curso Técnico em Saúde Bucal. Módulo II - Participando da organização do trabalho, planejamento das ações e prevenção de doenças bucais. Manual do Docente. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA. Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro de Informações em Saúde, 2004.100 p.

VARGAS, A. M. D; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4: p. 1015-1024, 2005.

APÊNDICE A
Quadro de levantamento de saúde bucal familiar

