

RITA DE CÁSSIA MARQUES PIAZZAROLO

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO PARA O PLANEJAMENTO
DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL DE UMA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE GOVERNADOR VALADARES**

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS
2010**

RITA DE CÁSSIA MARQUES PIAZZAROLO

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO PARA O PLANEJAMENTO
DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL DE UMA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE GOVERNADOR VALADARES**

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

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS
2010**

RITA DE CÁSSIA MARQUES PIAZZAROLO

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO PARA O PLANEJAMENTO
DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL DE UMA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE GOVERNADOR VALADARES**

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

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovada em Governador Valadares ____/____/____

Agradeço a meu marido, Ivan, pela força que me deu durante esta caminhada. A meus irmãos Cláudia e Paulo Henrique, por me ajudarem na elaboração deste trabalho.

E aos meus colegas de curso pela troca de experiências, pelo bate papo e amizade.

“Pesquisa para constatar , constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquisa para saber o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem a ele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto , mas sujeito também da História.”

(Paulo Freire, 1996)

RESUMO

A epidemiologia pode ser definida como o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas. Os estudos epidemiológicos podem ser muito úteis no enfrentamento e controle dos problemas de saúde. O uso da epidemiologia como ferramenta para o conhecimento da realidade da distribuição das doenças na população é de extrema relevância para o planejamento de ações e organização dos serviços de saúde. Este estudo tem como objetivo propor a realização de um levantamento epidemiológico na comunidade do bairro Conjunto SIR, Governador Valadares – MG. O levantamento está previsto para este ano, pois já está sendo planejado um novo Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal – o SB Brasil 2010 – e Governador Valadares irá participar desse estudo e dessa forma possibilitará a realização do levantamento também na comunidade do bairro SIR por esta apresentar equipe de saúde bucal inserida na Estratégia Saúde da Família. A realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal no bairro Conjunto SIR será de grande valia para a comunidade, pois concederá subsídios importantes para que a equipe conheça a condição de saúde bucal da população e consiga planejar as ações de acordo com os resultados da pesquisa.

Palavras chave: Levantamentos Epidemiológicos; Saúde Bucal; Planejamento em Saúde; Saúde da Família

ABSTRACT

Epidemiology can be defined as the distribution study and the state determiners or events related to the health in a particular population. The epidemiological studies can be very helpful for the confrontation and control of health problems. The use of epidemiology as a tool for the knowledge of the reality of the illness distributed in the population is quite important for the action planning and the health service organization. This study aims at the proposing an accomplishment of a epidemiological survey in the Conjunto SIR Neighborhood Community, Governador Valadares, MG. The survey is due to this year, because a new National Epidemiological Survey in Oral Health is already being planned-the SB Brasil 2010- and Governador Valadares will take part in that study and therefore it will enable the accomplishment of the survey also in SIR Neighborhood Community. This community has a team on oral health established in the Family Health Strategy. The accomplishment the

epidemiological survey in the Oral Health in the Conjunto SIR Neighborhood will be of a great value for the community. That will permit an important support for the team to recognize the population's oral health situation and to succeed in planning the actions according to the research outcomes.

Key words: Health Surveys, Oral Health, Health Planning, Family Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
3	DESENVOLVIMENTO	12
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
5	PLANO DE INTERVENÇÃO	20
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Conhecer a metodologia básica para a realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal é especialmente útil para os técnicos dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 1998). Os levantamentos servem como importante instrumento para definição, implementação e avaliação de ações coletivas e individuais, preventivas e assistenciais. Não deve ser um fim em si mesmo, mas uma forma de conhecer a realidade epidemiológica de determinada população, devendo ser realizada periodicamente (ANTUNES e PERES, 2006).

Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são definidos como estudos que fornecem informações básicas sobre a situação de saúde bucal e/ou sobre as necessidades de tratamento odontológico de uma população, em um determinado tempo e local. Seus principais objetivos são: conhecer a importância dos problemas odontológicos e monitorar mudanças nos níveis e nos padrões das doenças ao longo do tempo (ANTUNES e PERES, 2006).

É fundamental que os dados epidemiológicos sejam usados para subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal da população, para que a intervenção possa resultar em um impacto necessário para controlar as doenças bucais, promover saúde e melhorar a qualidade de vida, analisando a realidade da área de abrangência, mediante uma comparação entre a situação local e as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros estudos nacionais (CHAVES e SILVA, 2007).

É recomendável a utilização de parâmetros preconizados pela OMS, como idades (5 e 12 anos) e faixas etárias (35 a 44 e 65 a 74 anos), índices (por ex.: CPOD, ceo e CPI) e procedimentos metodológicos, com o objetivo de permitir a comparabilidade dos achados. Entretanto, além desses, poderão também ser incluídos indicadores de interesse local, como por exemplo, o nível de satisfação de usuários e de profissionais (WHO, 1997).

A vigilância epidemiológica inclui, inicialmente, a estruturação de protocolos com os indicadores selecionados e a definição de procedimentos metodológicos a serem utilizados (AERTS et al., 2004).

A periodicidade dos estudos epidemiológicos deve levar em consideração as diferenças locais. Em nível municipal, os inquéritos poderão ser realizados de 10 em 10 anos, porém essa periodicidade poderá ser reduzida em outros recortes territoriais, como bairros e distritos sanitários, na dependência do perfil epidemiológico e das necessidades da população (AERTS et al., 2004).

Organizar um sistema de informação permite o monitoramento da situação de saúde bucal e a construção de séries históricas, com vistas à avaliação do impacto das ações desenvolvidas e ao planejamento de políticas (AERTS et al., 2004)

A condução de um levantamento epidemiológico em saúde bucal em Governador Valadares é essencial para que se cumpram alguns princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requerendo das equipes de saúde bucal o conhecimento de sua realidade local da sua comunidade adscrita. Daí a necessidade de organizar as ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada e compartilhando com a comunidade suas prioridades, realizando assim o controle social, dessa forma todos se beneficiarão.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Propor a realização de um levantamento epidemiológico na comunidade do bairro Conjunto SIR, Governador Valadares – MG

Objetivos específicos

Comparar os dados epidemiológicos em saúde bucal do município com os dados do Levantamento Epidemiológico que será realizado em 2010.

Organizar o acesso aos serviços odontológicos nessa comunidade.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Metodologia

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) e no SCIELO - Scientific Eletronic Library Online (<http://www.scielo.br>). Foram usados os descritores: levantamentos epidemiológicos; saúde bucal; planejamento em saúde; saúde da família. Além disso, foram consultadas publicações oficiais disponíveis na unidade de saúde e os dados secundários disponíveis para a equipe de Saúde da Família, no sistema de informação.

Governador Valadares é um município de 263 mil habitantes, localizado na região leste do estado de Minas Gerais. A Equipe Saúde da Família SIR II abrange o lado A do Conjunto Sotero Inácio Ramos (SIR) e é constituído por 5 microáreas. A localização é urbana situando-se na região norte na cidade de Governador Valadares, à 6 km do centro da cidade. A extensão territorial é de 0,36 km², sendo o perímetro por volta de 4.012 metros. Os bairros localizados na área de responsabilidade são o Cardo e Interlagos, que estão totalmente incluídos e parcialmente, o bairro conjunto SIR¹.

A ESF SIR II atualmente é responsável por 912 famílias e possui 2.964 pessoas cadastradas, sendo 10% de idosos e 23,8% de pessoas têm plano de saúde.

O município conta com um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) do tipo 2, implantado em abril de 2005, após a criação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (COSTA et al., 2006).

Os recursos humanos que compõe a ESF SIR II são: 5 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar Administrativo, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 1 Odontóloga, 1 Enfermeira, 1 Médico e 1 Auxiliar de Serviços Gerais.

Em 2003, foi realizado um levantamento epidemiológico no município seguindo a metodologia proposta pelo último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil (BRASIL, 2004).

¹ Oficinas 2 e 3 – Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local – Implantação do Plano Diretor da Atenção à Saúde – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

3.2 Revisão da literatura

A Constituição Federal de 1988, inspirada nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, estabeleceu uma seção sobre a saúde legitimando-a como “direito de todos e dever do Estado”. Provendo condições de promoção, proteção e recuperação da saúde como um direito fundamental do ser humano e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e princípios operacionais (descentralização dos serviços e participação social) (BRASIL, 1990).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, como estratégia prioritária para a organização da Atenção Primária de acordo com os preceitos do SUS. De acordo com STARFIELD (2002) a Atenção Primária deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário.

Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS, deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A pesquisa sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, realizada em 1988 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), junto com a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) demonstrou que 20 milhões de brasileiros haviam visitado um consultório dentário.

A ampliação da atenção e acesso às ações de saúde bucal de forma integral ao indivíduo e a sua família, foi estabelecida quando as Equipes de Saúde Bucal (ESB) passaram a participar da estratégia Saúde da Família. A Portaria GM/MS no 1.444, de 28 de dezembro de 2000, determinou o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às Equipes Saúde da Família (ESF) (COSTA et al., 2006).

A integração dos profissionais da saúde bucal na ESF pode ser classificada em duas modalidades:

- Modalidade I: é composta pelo cirurgião dentista (CD) e o auxiliar em saúde bucal (ASB);
- Modalidades II: é composta pelo CD, o ASB e o técnico em saúde bucal (TSB).

Por meio da legislação o município interessado em reorganizar as ações de saúde bucal, pela ESF, baseou-se no critério da GM/MS no 1.444, de número de equipes da ESF para implantá-las, ou seja, para cada duas equipes de saúde da família, uma equipe de saúde bucal.

O Ministério da Saúde, em parceria com Secretarias de Saúde, universidades e entidades brasileiras, concluiu em 2003 o Levantamento Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004). Foram examinadas 108.921 pessoas nas 5 macro-regiões brasileiras, em 250 municípios sorteados (50 em cada macro-região) que mostrou um retrato das condições de saúde bucal no Brasil (RONCALI et al., 2000). Os resultados desse levantamento nortearam a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal (COSTA et al., 2006).

3.3 Realidade epidemiológica da saúde bucal de Governador Valadares

Os principais resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal de Governador Valadares serão apresentados nas tabelas 1 a 6 e nos quadros 1 e 2.

Idade	Amostra prevista	Amostra final
18-36 meses	99	99
5 anos	312	319
12 anos	285	297
15-19 anos	76	75
35-44 anos	43	41
65-74 anos	14	16
TOTAL	829	847

Tabela 1. Amostra prevista e amostra final, segundo idade/grupo etário. Governador Valadares, 2003.

Quadro 1. Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de Governador Valadares em 2003 por idade e faixa etária. Governador Valadares, 2003.

Idade	Governador Valadares, 2003	Meta OMS/FDI, 2000
5 anos	46,4%	50% livres de cárie (ceod=0)
12 anos	CPOD = 1,62	CPOD ≤ 3
18 anos	77,3%	80% com P=0
35 a 44 anos	75,6% 2,5% desdentados	75% com 20 ou + dentes
65 a 74 anos	6,25% 37,5% desdentados	50% com 20 ou + dentes

Fonte: *Fédération Dentaire Internationale (FDI,1982).

Idade	n	hígidos	Cariado	Perdido	Obturado	CPO-D
5 anos	319	3,57	0,05	0	0,02	0,07
12 anos	297	25,5	0,79	0,04	0,79	1,62
15 a 19	75	25	0,86	0,49	2,2	3,55
35 a 44	41	10,7	1,02	8,95	9,53	19,5
65 a 74	16	4,75	1,18	25,4	0,62	27,25

Tabela 2. Média de dentes hígidos, cariados, perdidos e obturados (índice CPO-D), segundo idade. Governador Valadares, 2003.

Tipos de lesão	nº de dentes	Percentual (%)
Lesão de cárie em esmalte	138	57
Lesão de cárie em dentina	87	36
Lesão de cárie extensa com comprometimento pulpar	11	4,5
Lesão de cárie extensa com extração indicada do elemento	06	2,5
TOTAL	242	100

Tabela 3. Severidade da doença cárie aos 12 anos. Governador Valadares, 2003.

Idade	n	cariado	extraído	obturado	ceo-d
18 a 36 meses	99	0,35	0,01	0	0,36
5 anos	319	1,40	0,11	0,54	2,05

Tabela 4. Média dos dentes cariados, perdidos e obturados (índice ceo-d) segundo idade. Governador Valadares, 2003.

Idade	n	percentual (%)
5 anos	2	0,6
12 anos	2	0,7
35 a 44 anos	1	2,5
65 a 74 anos	1	6,25

Tabela 5. Indivíduos com alteração de tecido mole por idade e faixa etária. Governador Valadares, 2003.

Quadro 2. Comparação da prevalência de fluorose dentária (Índice de Dean) em escolares de 12 anos de idade de Governador Valadares e São Paulo. Governador Valadares, 2003.

Condição	Governador Valadares, 2003 (n=297)	Região sudeste, 2003* (n= 6.931)
	Percentual	
Sem fluorose	87,1	86,55
Normal	69,6	78,10
Questionável	17,5	8,45
Com fluorose	12,9	13,45
Muito leve	10,4	8,93
Leve	2	2,73
Moderada	0,5	1,17
Severa	0	0,61

*Fonte: SB Brasil, 2003 (Brasil, 2004)

Idade		Cálculo Visível	Problemas Gengivais	Placa Visível	Mobilidade
0 a 36 meses (n=99)	n	0	0	15	0
	%	0	0	15	0
5 anos (n=319)	n	10	18	156	1
	%	3,1	5,6	49	0,3
12 anos (n=297)	n	83	113	201	2
	%	28	38	67	0,7
15 a 19 anos (n=75)	n	23	26	33	1
	%	30	34	44	1,33
35 a 44 anos (n=41)	n	27	21	34	8
	%	65,8	51	83	19,5
65 a 74 anos (n=16)	n	9	5	9	2
	%	56	31	56	12,5

Tabela 6. Indivíduos com cálculo, problemas gengivais, placa visível e mobilidade dentária, segundo a idade ou o grupo etário. Governador Valadares, 2003.

Com base nos dados epidemiológicos apresentados anteriormente, o município de Governador Valadares vem organizando a saúde bucal na atenção primária e auxiliou na implementação de mais Equipes de Saúde Bucal.

3.4 Implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) no bairro Conjunto SIR

O início da operacionalização da portaria GM/MS nº 267 em Governador Valadares se deu em 2001, e anualmente novas ESB foram sendo implantadas (quadro 3).

Atualmente, o município possui 35 equipes de Saúde da Família, sendo que 31 possuem equipes de Saúde Bucal (23 modalidade I e 8 modalidade II).

Quadro 3. Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas entre os anos de 2001 e 2009. Governador Valadares, 2009.

Ano	Número de equipes
2001	3
2002	11
2003	11
2004	11
2005	15
2006	17
2007	22
2008	30
2009	31

Na comunidade do bairro Conjunto SIR, onde existe a Estratégia de Saúde da Família (ESF) SIR II e a equipe de saúde bucal está inserida na modalidade I desde novembro de 2008.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento epidemiológico em saúde bucal é necessário para o planejamento e avaliação dos programas de intervenção de doenças no setor público, sendo extremamente importante para a determinação do estado de saúde na comunidade do bairro Conjunto SIR. Deste modo permitirá a proposta de uma política local de saúde bucal bem definida. Em acréscimo, é importante assinalar que a produção de dados por si só não basta. É preciso que essas informações componham um sistema eficiente de vigilância à saúde e que contribuam para as ações de planejamento e avaliação dos serviços, bem como dêem o norte das políticas de saúde bucal visando a melhora da qualidade de vida dos habitantes desse bairro de Governador Valadares.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Existe um grande interesse pela realização de um levantamento epidemiológico na comunidade do bairro Conjunto SIR para se conhecer as doenças bucais mais prevalentes, para a realização de um plano de ação, acompanhamento e avaliação periódica das ações, a princípio, dimensionando as necessidades de tratamento e o acesso à assistência odontológica.

Os principais objetivos de um levantamento epidemiológico são:

- Conhecer a(s) prevalência(s) e severidade(s) da(s) doença(s) ou fenômeno(s) de interesse;
- Conhecer as necessidades de tratamento associadas à(s) doença(s) ou condições de interesse;
- Permitir analisar o comportamento da(s) doença(s)/condição(ões) investigadas ao longo do tempo;
- Documentar a distribuição da(s) doença(s) e condição (ões) investigada(s) possibilitando estudos ulteriores comparando seu comportamento ao longo do tempo;
- Permitir o planejamento de políticas de saúde mais adequadas à realidade epidemiológica local;
- Subsidiar, de maneira indireta, a avaliação de serviços.

O levantamento epidemiológico será realizado na comunidade onde a equipe de saúde bucal está inserida na ESF SIR II. A realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal no Conjunto SIR poderá ser feito na ocasião da realização do próximo Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal (SB Brasil) que está previsto para o ano de 2010, paralelamente ao levantamento que será realizado também em Governador Valadares, segundo a coordenadora de Saúde Bucal do município.

A operacionalização do levantamento epidemiológico seguirá as seguintes etapas:

- 1ª etapa: oficinas de trabalho entre as equipes de coordenação, examinadores e anotadores;
- 2ª etapa: reuniões técnicas para padronização e calibração das equipes com carga horária de 28 horas;
- 3ª etapa: coleta dos dados-duração- 4 meses;

-4ª etapa: tabulação dos dados que serão inseridos no software “Access” e tabulados nos *softwares* “Epi Info 6.0” e “Excel”.

-5ª etapa: análise dos dados e elaboração de relatório.

A operacionalização irá incluir o plano amostral e sorteio dos elementos que comporão a amostra, de acordo com idade/faixa etária para visando a representatividade da população.

As idades índices e faixas etárias a serem incluídas no levantamento serão as mesmas recomendadas pela OMS (WHO, 1997) como as mais importantes e, portanto, permitindo dessa maneira, a comparações de tempos em tempos e entre diferentes regiões e países e serão descritas a seguir:

5 anos: Essa idade é escolhida pois permite avaliar a dentição decídua completa, além de representar a experiência das morbidades e condições bucais nessa dentição.

12 anos: Nessa idade pode-se avaliar a dentição permanente completa. No Brasil, mais de 90% da população aos 12 anos de idade está matriculada em escolas, tornando o estudo operacionalmente mais fácil, além de possibilitar a generalização (inferência) dos resultados para toda a população dessa idade.

15 anos: Idade na qual os dentes permanentes já estão expostos aos riscos há algum tempo. É considerada uma idade importante para se conhecer as condições periodontais dos adolescentes. Estudos epidemiológicos em saúde bucal têm expandido o estudo desse grupo para 15-19 anos.

35 a 44 anos: Escolhida para representar a condição bucal dos adultos.

65-74 anos: Em virtude do aumento da expectativa de vida da população, estudos nesta faixa etária tornam-se importantes.

Os recursos humanos a serem utilizados serão:

- Agente Comunitário de Saúde (ACS): irá explicar à comunidade sobre o Levantamento Epidemiológico, recolher autorização dos responsáveis pelas crianças para a realização dos exames por meio do consentimento livre e esclarecido, com as devidas informações do que será realizado;
- Cirurgião-Dentista : irá realizar os exames epidemiológicos;
- Auxiliar de Saúde Bucal (ASB): como anotador.

Os recursos materiais utilizados serão:

- Impressos de consentimento e de preenchimento dos dados em quantidade suficiente para o total de exames requeridos;
- espelho bucal;
- gaze;
- abaixador de língua;
- sonda CPI;
- Equipamento de Proteção Individual (EPI) completo (luvas descartáveis, máscaras, gorros, jalecos e óculos de proteção)
- caixas metálicas para acondicionamento de material estéril
- caixas metálicas para acondicionamento de material contaminado
- caneta esferográfica, lápis, borracha
- pranchetas
- envelopes de papel pardo para acondicionamento das fichas de exame
- pasta de abas com elástico.

As condições de saúde bucal a pesquisar serão: cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, condição da oclusão dentária, edentulismo e fluorose. Serão também levantados dados sobre as condições socioeconômicas e acesso aos serviços e de autopercepção da saúde bucal (BRASIL, 2009).

Os índices adotados serão os preconizados pela OMS (WHO, 1997).

Para a cárie dentária serão utilizados os índices CPO-D e ceo-d, para mensurar a prevalência e a gravidade da doença na população. O CPO-D é a soma dos dentes permanentes cariados (C), dentes perdidos (P) e de dentes obturados (O). O ceo-d representa a soma dos dentes decíduos cariados (c), extraídos (e) e obturados (o).

Para a doença periodontal, será empregado o Índice Periodontal Comunitário (CPI) – que é a proposta atual da OMS onde são eliminadas as necessidades de tratamento, complementando pelo exame da Perda de Inserção Periodontal (PIP), para a população adulta e idosa. As condições relativas ao CPI deverão ser codificadas separadamente, possibilitando a observação da prevalência de cada condição especificamente (sangramento, cálculo e bolsa).

O traumatismo dentário será avaliado como uma medida específica. Serão utilizados apenas os critérios que indiquem sinais de fratura coronária e avulsão dentária. Para este exame, serão considerados os incisivos superiores e inferiores permanentes.

Em relação à oclusão dentária, será usado o Índice de Estética Dental (DAI), para avaliar as anormalidades dentofaciais, na idade de 12 anos e faixa etária de 15 a 19 anos. A oclusão da dentição decídua será verificada pela aplicação do índice proposto pela OMS em sua versão anterior (3ª edição), sendo ainda, incorporados os critérios baseados na avaliação da chave de caninos, sobressaliência, sobremordida e mordida cruzada posterior.

O edentulismo será estudado de acordo com o uso e necessidade de prótese que estima a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e subsidia o planejamento de ações. A verificação da necessidade de prótese vai incluir a qualidade da prótese quando a mesma está presente. Os dois índices não são excludentes, ou seja, é possível usar e também necessitar de uma prótese.

O Índice de Dean será usado para o levantamento da fluorose dentária, com o exame dos dois dentes mais afetados e um escore a ser registrado.

Será aplicado um questionário para avaliar condições subjetivas importantes, composto de três blocos: caracterização demográfica e socioeconômica; utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal auto-referida e autopercepção e impactos em saúde bucal. Esses dados irão contribuir para o entendimento do processo saúde-doença, bem como contribuir para uma melhor estruturação da rede assistencial.

REFERÊNCIAS

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do CD no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2004; 9(1):131-138

Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da Saúde Bucal**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

Ardoce, UNIVALE, Prefeitura Municipal de Governador Valadares. Condições de Saúde Bucal da População de Governador Valadares no Ano de 2003. Governador Valadares, 2004.

Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>. Acesso em 05/02/10.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003, Resultados Principais. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Manual do Coordenador Municipal, Brasília DF, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17; Série A. Normas e Manuais Técnicos. 92 p. il.

Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Caderno de Saúde Pública**. 2007; 23(5): 1119-1131.

Costa HHP et al. Prevalência de Cárie Dentária na População Infantil do Distrito de Mosqueiro, Belém, Pará, **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2006;6(1): 35-41.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11)

Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. **Revista Saúde Pública**. 2003; 37(2): 247-253.

Fédération Dentaire Internationale. Global Goals For Oral Health In The Year 2000. **Int Dent J**. 1982;32(1):74-77.

Oliveira AGRC et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev Bras Epidemiol**. 1998; 1(2):177-189.

Padilha WWN et al. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Integrada**. 2005; 5(1): 65-74.

Palmier AC et al. **Saúde bucal no contexto da Atenção Básica à Saúde**. Saúde do Adulto: CEABSF, Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p.10.

Pereira MG. **Epidemiologia: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Roncalli AG et al. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**. 2000; 1(2): 9-25.

Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Souza TMS. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial**. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal Rio Grande do Norte, Natal, Brasil, 2007.

Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

World Health Organization. **Oral health surveys : basic methods**. 4th ed. Geneva, 1997. 66p.