



Saúde Bucal

aspectos básicos e atenção ao adulto

Andréa Clemente Palmier
Efigênia Ferreira e Ferreira
Flávio Mattos
Mara Vasconcelos

Saúde Bucal

aspectos básicos e atenção ao adulto

Andréa Clemente Palmier
Efigênia Ferreira e Ferreira
Flávio Mattos
Mara Vasconcelos

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2010

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgeu Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Faculdade de Educação

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Ângela Imaculada de Freitas Dalben

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenadora: Maria do Carmo Vila

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da

Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Ariana da Cunha Ferreira Paz

S255

Saúde bucal : aspectos básicos e atenção ao adulto / Andréa Clemente Palmier ... [et al.]. – Belo Horizonte : NESCON/ UFMG, 2013.
74 p. : il. ; 22 x 27 cm.

Outros autores: Efigênia Ferreira e Ferreira, Flávio Mattos, Mara Vasconcelos.
Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família.
ISBN:

1. Saúde bucal. 2. Saúde do adulto. 3. Assistência à saúde. 4. Saúde da família. I. Palmier, Andréa Clemente. II. Ferreira, Efigênia Ferreira e. III. Mattos, Flávio. IV. Vasconcelos, Mara. V. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

NLM: WU 113
CDU: 616.31

Sumário

Apresentação dos autores	6
Apresentação do curso – Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família	7
Apresentação da Unidade Didática II	8
Introdução ao Módulo	10
Seção 1	13
Parte 1 - Políticas Públicas em saúde Bucal	15
Parte 2 - Conhecendo a situação de saúde e as necessidades da população adulta	22
Parte 3 - Indicadores e fontes de dados para monitoramento, avaliação e planejamento em saúde	29
Parte 4 - Abordagem sócio-odontológica	42
Seção 2	47
Parte 1 - Porque as pessoas são acometidas pela cárie, doença periodontal ou câncer bucal?	48
Seção 3	57
Parte 1 - Como posso enfrentar e solucionar os principais problemas em saúde bucal	59
Parte 2 - Planejando o serviço de saúde bucal para o adulto	65
Referências	69

Apresentação dos autores

Andréa Clemente Palmier

Cirurgiã-dentista, docente da Faculdade de Odontologia da UFMG. Mestre em Membro do Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS/UFMG). Membro do Grupo de Pesquisa do Dep. de Odontologia Preventiva e Social da UFMG. Coordenadora do Internato rural em odontologia.

Flávio Mattos

Cirurgião-dentista, docente da Faculdade de Odontologia da UFMG. Doutor em pela UFF. Membro do Grupo de Pesquisa do Dep. de Odontologia Preventiva e Social da UFMG.

Efigênia Ferreira e Ferreira

Cirurgiã-dentista, docente da Faculdade de Odontologia da UFMG. Doutora em Epidemiologia pela UFMG. Coordenadora do Programa de Pós Graduação área de Concentração Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Pesquisa do Dep. de Odontologia Preventiva e Social da UFMG.

Mara Vasconcelos

Cirurgiã-dentista, docente da Faculdade de Odontologia da UFMG. Doutora em Odontologia Social pela UFF. Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS/UFMG). Membro do Grupo de Pesquisa do Dep. de Odontologia Preventiva e Social da UFMG. Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora.

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Este módulo de saúde bucal atenção ao adulto tem como objetivo oferecer para os profissionais em formação, subsídios teóricos para a compreensão da saúde bucal do adulto, instrumentalizando-o para a tomada de decisão frente aos problemas de seu município. Tem como referência para a organização dos serviços, os indivíduos acima de 18 anos - o adulto jovem - até as pessoas com 59 anos de idade. Você vai perceber que esse módulo é responsável por discutir os problemas de saúde bucal de pessoas com necessidades muito distintas do ponto de vista epidemiológico. O adulto jovem possui necessidades e expectativas que podem ser muito diferentes do adulto de 59 anos, quase um idoso.

O estudo desse módulo é importante, como você verá na primeira parte deste texto, porque vai traçar uma linha histórica e política da saúde bucal bem como as possibilidades de enfrentar o problema da falta de acesso da população adulta aos serviços. O modelo de atenção em saúde bucal para o adulto, durante muitos anos foi centrado em ações mutiladoras – as urgências. Em decorrência desse modelo de atenção você e sua equipe já devem ter deparado na unidade básica de saúde que atuam com uma enorme lista de pacientes inscritos, aguardando serem chamados para tratamento e, muitos inscritos estão na lista há mais de um ano. Também percebem que a equipe de saúde bucal participa fracamente das ações coletivas e grupos operativos. Ou ainda, não utilizam os dados da FICHA A e o levantamento de dados da população não é uma rotina no serviço etc.

No seu dia-a-dia tem sido assim? Onde começar a atuar e como? Nesse módulo procuraremos orientar você para buscar caminhos para resolver a falta de acesso e iniquidade da população adulta aos serviços de saúde bucal. Você deve conhecer: o sistema de saúde onde trabalha, a população a que atende, o território, os problemas de saúde bucal que ela apresenta, os riscos a que está exposta e os determinantes de sua saúde.

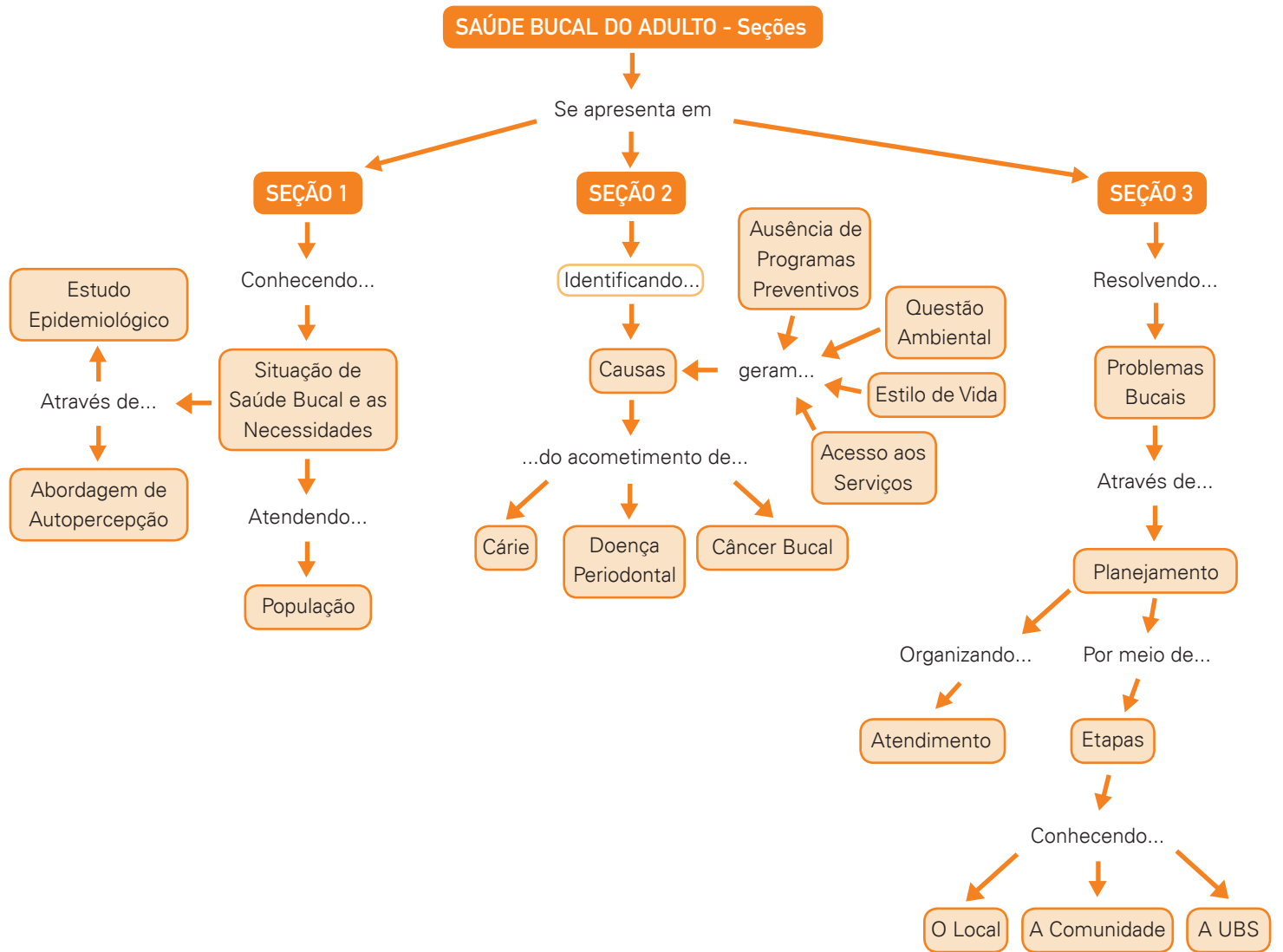
Para melhor aproveitamento no curso e chegar ao final sabendo planejar é necessário que você leia os textos, veja os vídeos, participe dos fóruns de discussão com seus colegas e tutor, e realize as atividades propostas no módulo.

O módulo será desenvolvido com os seguintes conteúdos, em 3 seções:

- Seção 1
 - o Parte 1 - Políticas Públicas e organização dos serviços de saúde bucal Política Nacional de Saúde Bucal
 - o Parte 2 - Conhecendo a situação de saúde e as necessidades da população adulta
 - o Parte 3 - Indicadores e fontes de dados para monitoramento, avaliação e planejamento em saúde
 - o Parte 4 - Abordagem sócio-odontológica
- Seção 2
 - o Parte 1- Porque as pessoas são acometidas pela cárie, doença periodontal ou câncer bucal ?
- Seção 3
 - o Parte 1- Como posso enfrentar e solucionar os principais problemas em saúde bucal
 - o Parte 2- Planejando o serviço de saúde bucal para o adulto

Ao final do estudo deste módulo, esperamos que você seja capaz de:

- Conhecer as políticas públicas na área da saúde bucal
- Identificar sob a ótica epidemiológica os principais agravos da cavidade bucal em adultos
- Identificar as causas dos principais agravos da saúde bucal do adulto
- Estabelecer uma estratégia adequada para o enfrentamento dos problemas de saúde bucal na área em que atua
- Definir as ações que poderão trazer resultados satisfatórios para a saúde bucal da população adulta



Seção 1

Nesta seção 1 do seu Caderno de Estudo você conhecerá um pouco da história das políticas públicas e organização dos serviços de saúde bucal e a sua relação com os dados epidemiológicos das doenças bucais mais prevalentes na população. Também saberá estimar as necessidades em saúde bucal por meio de um critério de codificação para cárie e doença periodontal.

Parte 1

Políticas públicas e organização dos serviços em saúde bucal

Vamos iniciar esta seção relembrando...

Os vários modelos assistenciais presentes no Brasil: a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e Sistema Integral imprimiram conceitos e por sua vez marcaram o nosso processo de trabalho em saúde. Apesar da existência desses modelos, predominou no Brasil a atenção voltada para o escolar – sistema incremental – que privilegiava o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de 7 a 14 anos de idade. Historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público, se restringiu basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgência, geralmente mutiladores.

O reflexo dessa política com ênfase na atenção ao escolar não surtiu os efeitos propagados: uma população adulta saudável. Este fato pode ser observado nos adultos e idosos de hoje, que apresentam elevado percentual de problemas periodontais e perda de elementos dentais, principalmente, a partir dos 40 anos de idade. Os dados de saúde e doença bucal tem sido acompanhados por meio de levantamentos epidemiológicos locais e nacionais.

O 1º Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional foi realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, pesquisando dados sobre cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese nas faixas etárias de 6 -12 anos ,15-19 anos, 35-44 anos e 50-59 anos. Este levantamento foi importante porque, além de ter sido a primeira oportunidade de conhecermos dados de saúde e doença da população brasileira, generalizadamente, mostrou que a população com renda igual ou superior a 5 salários mínimos apresentava melhores condições de saúde bucal (BRASIL, MS, 1988).

Após 10 anos, em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia e Conselho Federal de Odontologia, realizou o segundo levantamento de porte nacional, porém, pesquisando somente a cárie dentária e exclusivamente na faixa etária de 6 -12 anos. Pretendia-se a construção de um referencial para ações preventivas no SUS.

Este levantamento mostrou uma redução consistente do índice de cárie dentária, em média, mas permaneciam, ainda, os índices mais elevados de doença nas regiões Norte e Nordeste, consideradas as mais pobres do Brasil. Evidenciou-se também, o fenômeno conhecido como polarização da doença, em que algumas pessoas concentram toda a carga da doença. No Levantamento de 1996, 20% dos escolares apresentaram 80% das lesões de cárie e 50% praticamente estavam livres de cárie.

Em 2000, continuando a política de vigilância epidemiológica estabelecida, iniciou-se o levantamento epidemiológico, conhecido como projeto SB BRASIL-2003, mais completo, pela primeira vez contemplando outros municípios além das capitais de estado, e concluído em 2003. Mais uma vez confirmou-se o declínio da cárie dentária em populações jovens e também a iniquidade do ser saudável ou ser doente. Falaremos deste levantamento com mais detalhe na parte 2 desta seção.

Nos fatos descritos acima, dois aspectos têm destaque: o declínio da cárie dentária e a iniquidade em saúde.

O declínio da cárie, se manifesta em crianças e indivíduos jovens, existe no Brasil, no mundo e, é explicado cientificamente pela utilização do flúor em várias formas, a reorganização dos serviços, os novos conceitos na forma de diagnosticar a cárie dentária e as mudanças nas condições de vida das populações. Isto significa que, para observarmos o declínio da cárie dentária, estes fatores devem estar relacionados. Como exemplo do declínio da cárie dentária, observe a figura 1.

Figura 1 - Levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional. Comparação do CPO

1986	1996	2003
6,7	3,06	2,80

Fonte: www.saude.gov.br/bucal

Isto significa que passamos de uma condição de prevalência de cárie muito alta (6,7) para prevalência baixa (2,8).

Mas, apesar do declínio da cárie dentária, ainda existe no Brasil, uma forte iniquidade em saúde para a população em relação aos problemas bucais, com a doença se manifestando diferentemente, de acordo com

o grupo econômico-social de inserção do indivíduo. A cárie e a doença periodontal seguida das lesões de mucosa continuam causando dor e sofrimento para crianças, adultos e idosos, sobretudo de classe sócio-econômicas menos favorecidas, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. O acesso, quando existe também tem problemas, como a organização do serviço centrada na doença, com ênfase nos procedimentos cirúrgicos restauradores.

Como exemplo de iniquidade, observe a figura 2, com dados obtidos do relatório do SB BRASIL, 2003.

Figura 2 - CPOD médio aos 12 anos, por região, Projeto SB Brasil-2003

Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul	Brasil
3,13	3,19	3,16	2,30	2,31	2,8

Vamos explorar um pouco mais a iniquidade em saúde.

Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE/2000 mostraram que 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, isso equivale a 18,5% da população do país. A pesquisa de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio PNAD/1998, mostrou que a percentagem das pessoas que nunca foram ao dentista é nove vezes maior para as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparadas com as que recebem 20 salários mínimos, mostrando claramente que a necessidade em saúde tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas, definindo assim um padrão de marcadas desigualdades sociais em saúde. Quando se relaciona as diversas classes sociais percebe-se que a distribuição da doença é desigual, pois nos grupos de baixa renda e escolaridade, os índices são mais elevados e, corroborando esses dados, cerca de 45% da população brasileira não tem acesso à escova de dente.

A partir desses dados que evidenciaram a exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde bucal e da reorganização da atenção básica, e da implantação da Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde por meio das Portarias n.º1.444, de 28 de dezembro de 2.000 e n.º 267 de 06 de março de 2001, incentiva e regulamenta a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Após a publicação das portarias inicia-se por todo o país a implantação das equipes de saúde bucal: modalidade I – um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário e modalidade II – um cirurgião-dentista,

Para refletir...

Observe qual foi o CPOD médio apurado em cada região na figura 2. Compare com a média brasileira. Que diferenças você observa neste quadro?

um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Essas Portarias vieram preencher uma lacuna na composição das equipes de Saúde da Família, tornando-as mais completas do ponto de vista da atenção integral ao indivíduo.

As equipes de Saúde Bucal implantadas em cada município e cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) não devem ultrapassar o número de equipes de Saúde da Família existente. Os municípios recebem um incentivo financeiro para a sua implantação, bem como para aquisição de equipamentos odontológicos e materiais clínicos (Portaria nº. 673-GM - 03/06/03).

Política Nacional de Saúde Bucal

Em 2003, o governo federal elaborou e aprovou as “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal”. Decorrente desta, o “Programa Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério”, teve como metas, ampliar a rede de serviços e aumentar o incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal nos municípios, visando:

1. expansão do número de equipes de saúde bucal nas modalidades I e II
2. a implantação de Laboratórios de Próteses em todo o País
3. a criação de condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluoretação
4. a implantação dos Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região
5. a atenção à população penitenciária
6. o estabelecimento de incentivos diferenciados (50% a mais), para municípios localizados na Amazônia Legal, bem como os com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0.7.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe uma organização de suas 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.

Com o nome “Brasil Sorridente”, a PNSB compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

No âmbito da atenção básica, o maior investimento reside na implantação de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e definição de um novo processo de trabalho.

Em 2006, concomitante à efetivação do Pacto pela Saúde, a edição da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 648 de 23 de março de 2006), redefiniu / enfatizou as atribuições do Cirurgião-Dentista, Técnico em Saúde Bucal (antigo Técnico de Higiene Dental – THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (antigo Auxiliar de Consultório Dentário – ACD). Desta forma, todos esses profissionais devem: a) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos; b) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários; c) realizar ações de atenção integral; d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia de atendimento da demanda espontânea; e) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado e estabelecendo o vínculo; f) encaminhar e orientar usuários a outros níveis de assistência; g) participar das ações de planejamento e avaliação das ações da equipe; h) garantir a qualidade do registro das atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e etc.

Volte agora ao Módulo I da Unidade Didática I, “Processo de Trabalho em Saúde”. Procure fazer uma revisão dos conceitos básicos (objeto, meios, agentes, produtos e finalidades) e tente relacioná-los com cada uma (concebe-los em cada uma) das ações acima citadas, propostas para as Equipes de Saúde Bucal na organização da atenção básica.

Mas quais seriam as vantagens e/ou inovação desta Política Nacional de Atenção Básica?

Primeiramente, ao reforçar que atuação da Equipe de Saúde da Família se constitui como uma estratégia de organização da atenção básica e não como um Programa, sendo o primeiro nível hierárquico da atenção no sistema e o município responsável pela sua organização. Outro ponto importante reside na priorização dos investimentos por meio da garantia do repasse dos recursos e na responsabilização de todos os gestores e trabalhadores municipais na reorganização da Atenção Básica, com prática gerenciais e sanitárias democráticas, intersetoriais participativas, tendo o foco na família e na comunidade (SILVEIRA FILHO, 2008).

Podemos afirmar que desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) ambas realizadas em Brasília em 1986, e reafirmada na 2ª e na 3ª CNSB, respectivamente em 1993 e 2004, a Política de Saúde Bucal no Brasil vem ganhando força ao se considerar o conceito ampliado de saúde:

“A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação” (MS, II e III CNSB 1993 / 2004).

Esse conceito nos remete à impossibilidade de se trabalhar a saúde bucal de forma isolada e descontextualizada, pois direciona o nosso olhar para as práticas intersetoriais e interdisciplinares na busca da integralidade entre ações individuais e coletivas, de prevenção e promoção. Por outro lado, o indivíduo que procura pelo serviço de saúde bucal não é mais o Paciente e sim o Usuário do serviço, portador de direitos e deveres enquanto cidadão.

Portanto, é necessário que você conheça os Relatórios das Conferências de Saúde Bucal, as Portarias Ministeriais sobre a Política de Saúde Bucal e as Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, para ampliar o seu leque de informações e assim você ter subsídios para implementar ações direcionadas à resolução de problemas da sua área de atuação.

No âmbito da atenção secundária, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como referência especializada à atenção básica, foram criados pela Portaria nº 1570, de 29 julho de 2004, que estabelece normas e requisitos para sua implantação e habilitação, bem como dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Os CEOs são unidades de referência para a Atenção Básica e integrados ao processo de planejamento loco-regional ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, tratamento para pacientes portadores de necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

São classificados em três modalidades: CEO Tipo I: com três equipamentos odontológicos; CEO Tipo II: com quatro a seis equipamentos odontológicos; CEO Tipo III com mais de sete equipamentos odontológicos.

Caso o seu município não tenha CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária), procure conhecer, de acordo com o plano diretor de regionalização (PDR), qual município mais próximo é referência para o encaminhamento dos usuários com necessidade de atenção especializada. Lembre-se que a atenção à saúde está organizada em uma Rede de Atenção.

Aproveite os colegas do CURSO e procure estabelecer uma rede de discussão e estudos sobre o tema.

Atividade 1

Agora que você conhece um pouco mais da história das políticas públicas, dos princípios e diretrizes para a organização dos serviços em saúde bucal, assista a primeira parte do Vídeo: Saúde Bucal: aspectos básicos atenção ao adulto - Evolução Histórica das Políticas Públicas.

Faça um breve resumo e registre as suas considerações sobre o vídeo. Aproveite para contextualizar os serviços de saúde bucal do seu município, ou seja, faça um texto descrevendo, sucintamente, como eles estão organizados.

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade. É importante que o seu tutor possa conhecer a realidade de saúde bucal do município que você atua.

Com essa atividade você está iniciando a construção do seu mapa conceitual!

ATENÇÃO!

Em 24 de dezembro de 2008 a Lei Federal nº 11.899 regulamentou o exercício das profissões de **Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)**, anteriormente denominados na composição da equipe de saúde bucal como Técnico em Higiene Bucal (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), respectivamente. Essa LEI detalha as atividades que podem ser executadas pelos dois profissionais da equipe.



Para saber mais.

Para obter maior detalhamento sobre a evolução das políticas de saúde bucal no Brasil, você pode acessar:

1. ELY, *et al.* Políticas de Saúde no Brasil. Brasília/Porto Alegre: 2006. Mimeo. 4p. Disponível na Biblioteca Virtual
2. Para Portarias e Leis acesse: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos_vol4.pdf LEGISLAÇÃO PSF E FINANCIAMENTO
3. Para conhecer um pouco mais sobre o CEO, acesse: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/legislacao.php> LEGISLAÇÃO DO CEO
4. Para se informar sobre a Rede de Atenção em Saúde Bucal em Minas Gerais - municípios que ofertam atenção especializada (CEO e LRPD), acesse: www.saude.mg.gov.br.

Parte 2

Conhecendo a situação de saúde e as necessidades da população adulta

Nesta parte 2, da Seção 1 serão apresentados e analisados alguns dados epidemiológicos das principais doenças bucais, a partir do último levantamento epidemiológico realizado no Brasil, Projeto SB-BRASIL. Será também realizada uma abordagem sobre como são conhecidos cientificamente os principais problemas de saúde bucal.

José Augusto Minarelli (1995), em seu livro intitulado *Empregabilidade: como ter um trabalho e remuneração sempre*, relata que o mercado de trabalho não é constituído somente de vagas a preencher, mas principalmente de problemas para resolver. Se escolhi a odontologia como profissão, é certo então que devo conhecer o “problema que tenho para resolver”.

Se você precisar de dados mais gerais do seu município, entre no site alemg.gov.br e selecione municípios. Seu município vai estar lá. É um bom começo. Há, também o site www.datasus.gov.br.

Para se conhecer o problema, o estudo epidemiológico é um bom instrumento. Saber a prevalência, distribuição e gravidade das doenças bucais é importante já que não poderemos enfrentar um problema sem saber o que é, qual seu tamanho e onde ele se concentra.

2.1| O Levantamento Epidemiológico – SB-BRASIL

Conforme já descrito, o Ministério da Saúde, em parceria com Secretarias de Saúde, universidades e entidades odontológicas, concluiu em 2003 o Levantamento Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB-BRASIL, 2003). 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 (www.saude.gov.br/bucal).

Os dados que apresentamos a seguir foram obtidos do relatório do Projeto SBBRASIL, 2003 e se referem à cárie dentária e doença periodontal. Estes são certamente, os agravos que mais afligem a saúde bucal da população adulta brasileira.

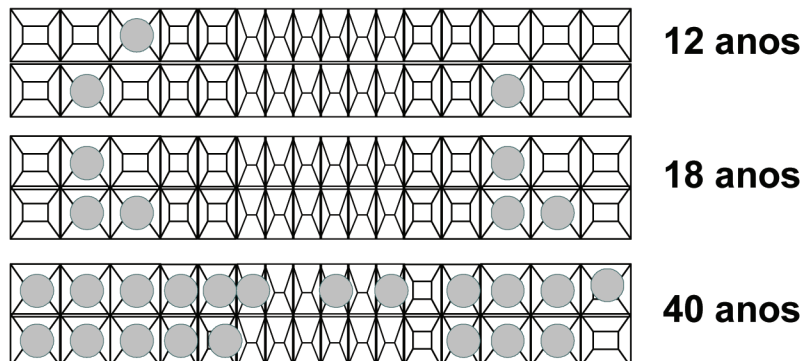
Os dentes permanentes começam a surgir na boca, aproximadamente aos 6 anos de idade. Aos 12 anos o indivíduo completou a dentição permanente e terá então, de 28 a 32 dentes, dependendo da presença ou não dos terceiros molares. Mas, na população brasileira, neste espaço de 6 anos, 3 dentes em média são acometidos pela cárie dentária e poderão estar cariados, restaurados ou mesmo perdidos.

Contando mais seis anos, portanto aos 18 anos, em média, dobra o número de dentes comprometidos pela cárie dentária, passando para 6. Uma pessoa com aproximadamente 40 anos terá cerca de 20 dentes nesta situação e depois de 65 anos, 27 dentes, o que significa que ela vai adoecendo paulatinamente durante a vida e que, no idoso praticamente todos os dentes estão ou já foram acometidos pela cárie dentária. Dependendo do acesso ao tratamento odontológico que o indivíduo consegue, ele poderá ter dentes cariados, perdidos ou restaurados.

Considerando o total de pessoas que são acometidas por esta doença, o percentual de livres de cárie vai também diminuindo durante a vida: aos 12 anos é 31%, aos 15-19 anos é 11% e aos 35-44 anos, este percentual é menos que 1%.

Se imaginarmos um odontograma de pessoas, considerando estes dados, a representação será como o apresentado na figura 3.

Figura 3: Evolução do odontograma da população adulta brasileira



A extração dentária é uma das piores conseqüências desta doença e entre os adultos, aos 40 anos já existe a falta de cerca de 13 dentes permanentes. Em função deste quadro, a cárie de raiz é mais insignificante no Brasil.

Com relação à doença periodontal, medida pelo IPC (Índice Periodontal Comunitário) observa-se o mesmo quadro de deterioração da saúde. Aos 15 anos, 46% das pessoas apresentam o periodonto sadio. Este percentual cai para 21% na população adulta (35-44 anos).

O câncer de boca é hoje um importante problema de saúde pública com mais de 200.000 novos casos a cada ano no mundo. No Brasil, o levantamento Projeto SB BRASIL 2003 não incluiu dados a este respeito. Entretanto, o estado de Minas Gerais desenvolveu, paralelamente ao estudo nacional, um outro específico e regional sobre lesões fundamentais da doença. Nele foram encontradas uma ou mais lesões suspeitas em aproximadamente 26% dos pacientes examinados.

Para o Brasil, dados disponibilizados pelo INCA, foram coletados através do sistema oficial de notificação. As estimativas feitas para 2002, apontam taxas de 1 a 20/100.000 para homens e de 1 a 7/100.000 para mulheres (www.inca.gov.br).

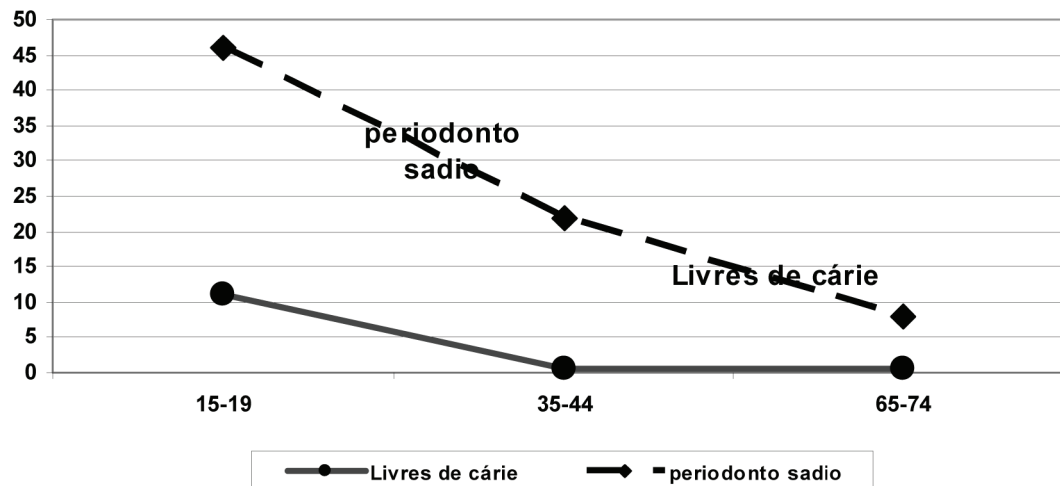
Cerca de 37% da população adulta examinada declarou ter ido ao dentista no último ano, pelo menos uma vez e deste total, 45% o fez por problema de dor. Alguns nunca foram ao dentista (3%) ou já não vão há 3 anos ou mais (36%). À medida que aumenta a idade, diminui o percentual de nunca ter ido ao dentista, porém aumenta substancialmente os que não vão há mais de 3 anos. Apesar de todos estes problemas, mais de 80% considerou como bom ou ótimo o atendimento nos serviços de saúde bucal.

A população adulta brasileira, apesar do quadro relatado, percebe como boa ou ótima (38%), ou regular (37%) sua saúde bucal; boa ou ótima (41%), ou regular (34%) a aparência de seus dentes; boa ou ótima (53%), ou regular (24%) sua mastigação; e boa ou ótima (68%), ou regular (18%) sua capacidade de fala.

Este é um retrato simplificado de como anda a saúde bucal do brasileiro. Dentre as metas da OMS/FDI para o ano de 2000, para os indivíduos de 18 anos esperava-se 80% com todos os dentes presentes na boca, para o adulto (35 a 44 anos) previa-se o percentual de 75% de indivíduos com pelo menos 20 ou mais dentes na cavidade bucal e 2% de desdentados. O percentual verificado em 2003 ficou em 54% no Brasil e 62,4% na região sudeste. Para 2010 a meta é um percentual de 96% de adultos com pelo menos 20 dentes e menos de 20% de adultos desdentados.

Na figura 4, podemos observar a curva descendente da saúde dos dentes e do periodonto, podemos dizer que a odontologia não tem conseguido solucionar os problemas de saúde bucal da população. Uma curva como esta, numa empresa, significa o insucesso, melhor dizendo, a falência.

Figura 3: Evolução do odontograma da população adulta brasileira



Fonte: Projeto SB-BRASIL, 2003.

Comece a pensar:

- No local que você trabalha, os dados parecem ser semelhantes a estes?
- Quais são os grupos que precisam mais de atendimento clínico?
- Como você pode organizar atividades educativas, considerando as necessidades próprias de cada grupo?

Para fazer esta reflexão, você deverá consultar o que existe de dado no serviço que permita estabelecer um diagnóstico. O Relatório com os resultados principais do Levantamento Epidemiológico SB-BRASIL está disponível nos sites: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/publicacoes.php>
<http://abonac.org.br>

Outras publicações de seu interesse estão disponíveis também nos mesmos sites, todas relacionadas à Saúde Bucal no Brasil.

2.2 Uma abordagem científica dos principais problemas de saúde bucal

Na esfera internacional, a Organização Mundial da Saúde atesta a relevância da cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal como os principais agravos à saúde bucal quando determina os indicadores internacionais de saúde bucal (FDI, 1982) e elabora o manual de levantamento epidemiológico (WHO, 1995).

Já mencionamos que os maiores problemas que enfrentaremos se referem à cárie dentária e a doença periodontal e o de maior gravidade, o câncer bucal. Vamos agora recordar um pouco sobre estas patologias e

como se manifestam nos adultos. Este conhecimento vai ser fundamental no seu planejamento.

O estilo de vida, fatores ambientais e acesso aos serviços são exemplos do que se denomina como fatores distais na determinação da saúde ou da doença das pessoas. Nesta parte, vamos focar fatores locais que influenciam o estado de saúde ou doença e são denominados com fatores proximais.

A cárie dentária é definida como uma doença que, através do desequilíbrio DES-RE, provoca perda mineral progressiva nas estruturas dentárias. Existe associação positiva entre placa dentária (biofilme) e a cárie dentária. Sabe-se hoje que, sua presença sobre o dente é fator essencial para o desenvolvimento da doença, desde que ela tenha em sua constituição, *Streptococcus mutans* (SM). Atualmente trabalhamos com a teoria da placa específica. Para cárie dentária, a placa específica vai ter que contar com a presença de sacarose, que ela é essencial para a multiplicação, colonização e sobrevivência do SM.

A dieta, deste modo, passa a ter papel importante no desenvolvimento da cárie dentária, principalmente pela influência dos carboidratos fermentáveis que podemos dividir entre amidos, ou farinhas, e açúcares. A frequência (ou a quantidade de vezes) com que são ingeridos é mais importante do que a quantidade. Relevante também é levar em conta a consistência em que os carboidratos são consumidos. Aqueles de consistência mais pastosa ou aderente podem favorecer a formação das lesões de cárie, mais do que os de forma fluida. Outro aspecto importante é considerar não apenas a ingestão quando o indivíduo os adiciona aos alimentos consumidos, mas também o consumo às vezes imperceptível através dos alimentos industrializados. Há hoje, evidências da associação positiva entre o consumo de açúcares, e a quando tratamos dos amidos, ou farinhas. Quanto aos açúcares, a freqüente ingestão de sacarose mostra maior influência sobre o aumento da prevalência e da severidade da cárie.

Existem outros fatores que vão influenciar este processo como o baixo fluxo salivar (que influenciam negativamente o processo de cárie), o flúor e a higiene bucal (que influenciam positivamente o processo de cárie). É a combinação desses fatores que pode levar ou não ao desenvolvimento de lesões de cárie.

Se levarmos em conta a variedade dos determinantes da cárie e o fato de que na escovação, um indivíduo não consegue fazer a remoção total do biofilme, chegaremos a conclusão de que a higiene bucal per si é insuficiente para a prevenção da doença e que não existe um nível padrão de escovação a ser recomendado. Entretanto, quando associada ao flúor contido no creme dental, a escovação dentária adquire importante papel protetor.

Para alguns autores, em que pesem as controvérsias sobre a impossibilidade da total remoção do biofilme das regiões de fissuras e superfícies proximais, a escovação causaria uma desorganização do biofilme. Essa desorganização seria suficiente para modificar a microbiota, tornando-a de uma composição mais simples. Nesse meio bucal, em constante sucessão bacteriana, ocorreria a interrupção da dissolução dos prismas de esmalte e a conseqüente diminuição da porosidade do esmalte (FERREIRA, *et al*, 2004).

Importa destacar que as medidas de higiene bucal, como a escovação e uso do fio dental, tem um papel na condição de saúde bucal dos indivíduos, principalmente, na doença periodontal. A sensibilização do usuário através da sua participação na discussão da etiologia das doenças, tornado-o ativo e co-responsável pelo tratamento faz parte do autocuidado. Pois sabe-se que o tratamento clínico restaurador não é suficiente para impedir a progressão das doenças devendo ser incrementado com ações de promoção e prevenção. A saliva tem importante papel protetor dos tecidos bucais. A xerostomia leva à diminuição das ações de limpeza mecânica e diluição das substâncias ingeridas, entre elas a sacarose, a qual permite que estas sejam deglutidas sem que promovam alterações de pH na cavidade bucal. Outra implicação da xerostomia sobre a saúde bucal é a facilitação da proliferação bacteriana e da formação do biofilme, uma vez que fica reduzida a presença na cavidade bucal das proteínas antimicrobianas e imunoglobulinas salivares que agem sobre os microrganismos reduzindo seu metabolismo, aderência ou até viabilidade. São causas de xerostomia: medicação com efeito colateral sobre a secreção antidepressivos, diuréticos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, antieméticos e narcóticos), polifarmácia, radioterapia de cabeça e pescoço, doenças autoimunes, AIDS, menopausa, distúrbios alimentares (bulimia, anorexia nervosa, desnutrição, jejum freqüente), desidratação, diabetes melito tipo I, cálculos salivares e estress.

O biofilme está também associado ao desenvolvimento da doença periodontal, particularmente à gengivite. O acúmulo do biofilme pelo período de dois a quatro dias é suficiente para o surgimento da mesma. As periodontites têm como possível fator de iniciação a presença de microrganismos virulentos no biofilme subgengival. A presença e crescimento do biofilme subgengival patogênico pode levar ao desencadeamento de uma resposta imunológica capaz de levar à destruição dos tecidos periodontais, particularmente nas periodontites crônicas, que podem ser agravadas, tendo sua progressão acelerada, na ocorrência de diabetes.

Um importante fator de risco para os tecidos bucais é o tabaco. Seu uso está intimamente ligado ao surgimento do câncer de boca, especialmente quando associado ao consumo de álcool. Indivíduos que fumam, apresentam doenças periodontais crônicas de maior severidade e velocidade de progressão, o que pode levar à perda de maior número de dentes. Fumantes podem ter uma probabilidade 2,5 a 6 vezes maior do que não fumantes de desenvolverem doença periodontal crônica, provavelmente devido à modificação na resposta imunológica local induzida pelo tabaco.

CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária é uma doença, tendo como consequência a lesão cariosa. Tem uma determinação social.

A lesão cariosa, em suas manifestações iniciais é reversível. Esta reversibilidade, segundo a literatura é possível quando a lesão atinge do esmalte até o terço externo da dentina. Lesões iniciais necessitam atenção especial para não progredirem, mas não devem receber intervenção curativa.

O ganho para a dentição foi observado não só quanto a menor prevalência, mas também quanto a menor severidade.

A população jovem brasileira, urbanizada, apresenta, atualmente, índices aceitáveis de cárie dentária. Nesta população, a doença está polarizada em grupos.

A população adulta apresenta a cárie dentária em alta prevalência e gravidade.

DOENÇA PERIODONTAL

Denominação dada a todas as doenças do periodonto.

Embora relacionada à idade em alguns trabalhos, periodontite não é consequência natural da idade.

A gengivite precede a periodontite, mas nem sempre uma leva a outra.

Influência de fatores como raça, sexo e nível sócio-econômico tendem a desaparecer em presença de uma boa higiene bucal.

Periodontite não é a causa principal de perda de dentes em adultos.

CANCER BUCAL

Ocorrência difere de um país para outro e entre regiões de um mesmo país. Varia de acordo com características regionais como hábitos, raça, valores culturais e fatores genéticos.

Apresenta diferenças entre gêneros.

O fumo associado ao álcool é o fator de maior risco.

Tem apresentado um aumento progressivo na prevalência.

Parte 2

Indicadores e fontes de dados para monitoramento, avaliação e planejamento em saúde

Agora que você já conhece os dados epidemiológicos da população adulta e as doenças mais prevalentes, você vai conhecer um pouco mais sobre os indicadores objetivos e subjetivos mais comumente utilizados em odontologia.

Indicadores gerais de saúde

Você sabe quantos e quem são os moradores da área de abrangência de sua unidade de saúde? Ainda que se atue apenas neste local, não é possível separar esta comunidade do restante do município.

Perguntas precisam ser respondidas. Como a população se distribui entre as diversas faixas etárias? E entre os sexos? Qual a renda média? Em que trabalham? Quantos não trabalham? Qual o nível de escolaridade? E de analfabetismo? Em que tipo de moradia residem? Há saneamento básico? Existe água tratada? Tem fluoretação desta água? Em quantas casas? Qual o número de moradores por residência? Quantas famílias? Do que adoecem mais? Quais as causas de morte mais freqüentes? Quais são os serviços de saúde públicos e privados disponíveis à população? Como e com que freqüência são utilizados? Qual o grau de satisfação dos usuários com tais serviços?

As respostas a estas perguntas constituem o que chamamos de indicadores de saúde. Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar a higidez de grupos humanos,

bem como fornecer subsídios aos planejamentos em saúde. Permitem o acompanhamento das tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades numa mesma época ou da mesma coletividade em diferentes momentos. Sua coleta tem como objetivo fazer uma análise concreta da situação sanitária que subsidie a tomada de decisões baseada em evidências e a programação de ações de saúde.

Há alguns grupos básicos de indicadores gerais de saúde:

- Demográficos
- Sócio-econômicos
- De mortalidade
- De morbidade e fatores de risco
- De recursos
- De cobertura

Estas informações estão disponíveis, em sua maioria através das páginas da internet, como a do IBGE (www.ibge.gov.br). Existem também as informações contidas no sistema de informações do SUS, o DATASUS (www.datasus.gov.br). São armazenados nestes endereços eletrônicos dados sobre cada município brasileiro.

Se o seu município tem o Programa de Saúde da Família implantado, vale a pena consultar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os dados de cadastro dos moradores de cada área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses dados são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde por meio da FICHA A, que contém informações sócio-demográficas da população.

Além dos indicadores, pode-se fazer uso ainda, dos índices, para o monitoramento, avaliação e planejamento. Indicadores são mensurações de uma dimensão específica ou uma característica particular. Índices tem caráter multidimensional, com capacidade de incorporar em uma única medida diferentes aspectos ou indicadores que os compõem. Um índice deve possuir clareza, simplicidade, objetividade, confiabilidade, aceitabilidade, validade e sensibilidade.

Os índices devem:

- Ser de fácil manuseio
- Propiciar ganho de tempo durante a coleta dos dados
- Devem medir exatamente o que se propõe
- Devem ser reproduzíveis
- Deve ser capaz de detectar variações.

Indicadores de saúde bucal

Além dos indicadores de saúde geral, não se pode organizar a atenção em saúde bucal em um território sem conhecer o perfil epidemiológico de saúde bucal de sua população. É preciso estudá-la dividindo-a em diversas faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Sobre as crianças precisamos conhecer o ceod médio e o percentual de crianças já afetadas pela cárie. Entre os adolescentes são necessários dados como o CPOD médio e a necessidade de tratamento ortodôntico. Sobre os adultos e idosos, a equipe de saúde bucal deve ter dados sobre doença periodontal, que podem ser obtidos pelo IPC, informações sobre a prevalência da cárie dentária, que o CPOD pode oferecer, além das necessidades protéticas e da prevalência das lesões de mucosa.

Indicadores e índices de saúde bucal podem ser classificados como objetivos ou subjetivos. Os indicadores objetivos mensuram os problemas bucais que afetam as pessoas, a partir de uma observação profissional. Os indicadores subjetivos servem para medir as percepções e representações sobre o processo saúde doença e também, impacto dos problemas bucais na vida diária das pessoas - qualidade de vida.

Observe o exemplo abaixo. O Dado subjetivo vem de sentimentos e percepções. O dado objetivo vem de conhecimento e prática científica. Os dois dados são importantes, complementares e juntos promovem melhor qualidade do serviço.

Figura 5 – Dados objetivos e subjetivos



Fonte:

Para se conhecer os dados subjetivos, o acolhimento do usuário que chega até a UBS, pode ser o primeiro passo, pois é o primeiro contato do paciente com o serviço e existem instrumentos e questionários já elaborados e testados para o uso. Falaremos sobre eles mais a frente na parte 4.

Os dados objetivos de saúde bucal podem ser obtidos por meio de levantamentos e ou codificação de necessidades das pessoas. No manual de levantamento epidemiológico (Levantamentos Básicos em Saúde Bucal, OMS, 1999) estão contidas todas as informações técnicas necessárias à organização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: métodos de amostragem, critérios diagnósticos, formulários de registro e métodos de organização e divulgação de dados.

Indicadores objetivos de saúde bucal

Indicadores para cárie dentária

Para a cárie dentária a OMS propõe a adoção do índice CPO, representando os dentes cariados, perdidos e obturados, que pode ser expresso nas formas CPOD (quando a unidade de medida é o dente) ou CPOS (quando a unidade de medida é a superfície dentária). O índice CPOD tem maior capacidade para refletir a prevalência da doença em uma população, enquanto o CPOS favorece a compreensão da severidade com que ela afeta os indivíduos desta população (OMS, Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal Manual de Instruções, 1999).

Os critérios normalmente utilizados para exames de coroas e raízes dentárias são:

1. Hígida
2. Cariada
3. Restaurada com cárie
4. Restaurada sem cárie
5. Extraído por cárie
6. Extraído por outros motivos
7. Selamento de fissuras
8. Dente suporte (para prótese, coroa protética ou faceta)
9. Dente ausente (ou não erupcionado)
10. Dente com trauma

As lesões de esmalte, não são contabilizadas nos índices CPOD ou CPOS. Isto por convenção internacional, considerando que este é um índice que deveria servir para planejamento de ações, e as ações em lesão de esmalte são diferentes (controle) das lesões em dentina (restauração). Mas consideramos que elas devem ser notificadas (mesmo que em separado) e analisadas porque é o único dado que nos dá a doença presente, ou seja, a atividade de doença no momento do exame. Além do que a presença das lesões de mancha branca ativa pode ser considerada como um dos critérios para se estabelecer o grau de risco do indivíduo. E como já mencionado anteriormente, em LEMBRETES sobre a cárie dentária, as lesões de mancha branca são reversíveis o que pode direcionar o nosso planejamento para a realização de ações preventivas e de promoção de saúde para os usuários que apresentam essa condição. Esses usuários podem participar de programas desenvolvidas pelas ASB ou TSB.

Ainda que a partir da quantificação dos componentes C, P e O, os resultados mais comumente expressos sejam o CPOD ou o CPOS médios de alguns grupos etários de uma população, diferentes índices podem ser criados recombinação dos componentes C, P e O:

$$\text{Frequência de cárie (FC)} = \frac{\text{CPO} \times 100}{\text{Total de dentes}}$$

Para se conhecer o percentual de dentes cariados

$$\text{T-HEALTH} = \frac{\text{C} + \text{O} \times 2 + \text{P} \times 0 + \text{H} \times 4}{4}$$

Forma de olhar a dentição pelo lado da saúde, incluindo o que já foi reabilitado

$$\text{Funcional} = \text{H} + \text{O}$$

Os dentes que estão em função, independente de terem sido acometidos pela cárie

$$\text{Fatalidade dentária} = \frac{\text{P}}{\text{CPO}}$$

Grau de mutilação dentária

$$\text{Experiência de cárie: passada} = \text{E} + \text{O}$$

$$\text{Experiência de cárie: presente} = \text{C} + \text{Ei}$$

Dependendo de como vamos trabalhar e de qual dado é importante, selecionamos o tipo de índice mais adequado para trabalhar os dados.

O índice CPO mais qualificado com estratificação para os vários estágios da cárie em esmalte e em dentina foi utilizado no exame realizado no Projeto SB BRASIL. Acesse: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/manuais_sbbrasil.php.

Dependendo de como vamos trabalhar e de qual dado é importante, selecionamos o tipo de índice mais adequado para trabalhar os dados.

O índice CPO mais qualificado com estratificação para os vários estágios da cárie em esmalte e em dentina foi utilizado no exame realizado no Projeto SB BRASIL. Acesse: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/manuais_sbbrasil.php.

Indicadores para doença periodontal

Um dos indicadores de saúde periodontal recomendados em nível internacional é o índice periodontal comunitário (IPC), também conhecido como CPI (na língua inglesa). Nele, a boca é dividida em sextantes onde são examinados os chamados dentes índice.

IPC para indivíduos a partir dos 20 anos: 10 dentes índices

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

IPC para indivíduos entre 12 e 19 anos: 6 dentes índices.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Para compor o índice, cada dente sondado recebe um valor, que vai de 1 a 4, o maior entre as quatro faces examinadas (mesial, distal, vestibular e lingual).

As categorias utilizadas são:

0 = periodonto saudável

1 = sangramento à sondagem

2 = presença de cálculo

3 = profundidade à sondagem de 3 a 5 mm.

4 = profundidade à sondagem igual ou maior que 6 mm.

Os exames são conduzidos com o auxílio de uma sonda milimetrada, especialmente desenvolvida para tal, chamada sonda IPC.

O índice de perda de inserção periodontal (PIP), também avaliado com o auxílio da sonda IPC, complementa o índice IPC, pois quantifica a

possíveis perdas de inserção gengival (negligenciadas pelo IPC), medindo a distância desta até a junção amelo-cementária. A boca é também dividida em sextantes, sendo examinados os mesmos dentes índice do IPC.

Entre as críticas feitas ao IPC, uma merece atenção. Quando observamos um dente com cálculo, marcamos 2. Na realidade o cálculo é uma condição que favorece a doença mas não é doença. E como considera-se o maior valor para estabelecer a condição periodontal, se um dente tem sangramento (1) e cálculo (2), vale o 2 e então, o sangramento vai estar subestimado. Essa observação é importante do ponto de vista do planejamento, uma vez que, usuários que apresentam cálculo e sangramento devem receber orientações individuais e coletivas sobre higiene bucal, uso do fio dental e raspagem supra e ou subgengival, enquanto os que apresentam somente sangramento, a orientação sobre os cuidados em saúde pode ser suficiente para resolver o problema.

Para essa segunda condição (usuários somente com sangramento gengival) a equipe de saúde bucal, também, pode se organizar para oferecer ações coletivas de escovação supervisionada.

Indicadores para as condições protéticas

Para esse indicador há necessidade de registrar duas informações básicas em uma população quanto às suas condições protéticas: o uso e a necessidade de usar próteses.

	Tipo	Localização	Qualidade
Usa prótese	Parcial fixa Parcial móvel Total	Maxila Mandíbula	Integra Fratura Perda de dentes Rugosa
Necessita	Parcial fixa Parcial móvel Total	Maxila Mandíbula	

Avaliar a qualidade da prótese é fundamental. Muitos estudos tem demonstrado que as pessoas usam a prótese, sobretudo a prótese total, por 30 ou 40 anos, sem nenhuma avaliação, Associam o dentista ao dente e pensam que, se já não os têm, não precisam procurar os serviços de saúde. O resultado disto é uma prevalência alta de candidíase e hiperplasia fibrosa. Além disto, em função do desgaste dos dentes nas próteses, a dimensão vertical fica perdida, com grande facilidade de aparecimento da queilite angular (nas comissuras labiais).

Se o seu município não possui os Laboratórios de Próteses, consulte como mencionado na Seção 1 desse Caderno, como proceder para fazer o encaminhamento. Mas se o município referência da sua cidade for considerado pelos usuários um pouco distante, será que é possível pensar em outros arranjos na sua Unidade de Saúde?

Indicador para a condição da mucosa bucal

As lesões de mucosa bucal estão entre os problemas mais relevantes para a saúde pública. Numa população deve-se registrar sua prevalência, tanto quanto à localização na cavidade bucal, quanto ao tipo de lesão encontrada. A cavidade bucal é dividida em áreas a serem examinadas e seguir um roteiro é bom para que nenhuma delas fique sem examinar.

- lábio e mucosa da porção anterior da boca (superior e inferior)
- comissuras labiais
- bochechas (direita e esquerda)
- língua
- assoalho da boca
- palato duro e mole
- rebordos alveolares/gengiva

Nestes locais é verificada a ocorrência de alterações. Feito o diagnóstico, anota-se o que foi diagnosticado e em que região está. Não sendo possível fazer o diagnóstico, anota-se a aparência, cor, a região onde se encontra e encaminha-se para o serviço mais próximo, para diagnóstico. Lesões de mucosa bucal não podem ficar sem diagnóstico definido.

Se o seu município não possui os Laboratórios de Próteses, consulte como mencionado na Seção 1 desse Caderno, como proceder para fazer o encaminhamento. Mas se o município referência da sua cidade for considerado pelos usuários um pouco distante, será que é possível pensar em outros arranjos na sua Unidade de Saúde?

Indicador para a condição da articulação têmporo-mandibular

Para a avaliação das condições da ATM em uma população é indicado o registro da prevalência de sinais e sintomas. Os sinais passíveis de nota são:

- ocorrência de estalidos
- sensibilidade à palpação
- limitação da abertura da boca (abertura menor que 3 cm)

Quanto aos sintomas devem ter a prevalência determinada: ocorrência uma ou mais vezes por semana, conforme relato do examinado. Normalmente nos serviços de saúde bucal não temos como foco o diagnóstico de distúrbios de ATM, mas devemos ficar atentos ao relato dos usuários para proceder ao diagnóstico, procurar aliviar o incômodo e encaminhar para um centro especializado, como as Universidades ou outros serviços.

Indicador para a fluorose dentária

A prevalência da fluorose dentária pode ser relevante em algumas populações.

Para sua mensuração recomenda-se a utilização do índice de Dean. Nele, são registradas as condições dos dois dentes mais afetados na boca. Estes são codificados segundo os critérios:

0 - Normal

1- fluorose questionável (critério pouco usado ultimamente)

2- fluorose muito leve - acometimento em 25% da superfície

3- fluorose leve - acometimento em 50% da superfície

4- fluorose moderada - acometimento em 75 a 100 % da superfície

5- fluorose severa - acometimento em 100% da superfície, perda de substância do esmalte

Volte novamente ao manual Levantamentos Básicos em Saúde Bucal, ele traz detalhes e ilustrações sobre cada uma das condições acima citadas. A crítica feita ao índice ressalta que ele é um índice de estética e a função não é avaliada, já que não avalia dentes posteriores. Como nos distúrbios da ATM, também não é previsto na atenção básica a atenção aos usuários portadores de oclusopatias. Entretanto, quando da presença desses casos devemos encaminhar para centros especializados.

IMPORTANTE

O diagnóstico de qualquer alteração das condições de normalidade da saúde bucal traz ao serviço que o organiza e aos profissionais que dele participam, a responsabilidade da oferta do tratamento adequado. Algumas condições, tais como a presença de dor ou de infecção, exigem encaminhamento e solução imediatos. Condições potencialmente fatais ou mutilantes, também deve se caracterizar prioridade para tratamento.

Levantamentos epidemiológicos não podem ser apenas instrumentos de coletas de dados para registro e armazenamento. Devem subsidiar a tomada de decisões que efetivamente melhorem o acesso populacional a serviços de saúde bucal, capazes de atender às necessidades diagnosticadas, na quantidade encontrada.

Refleta sobre esta ponderação.

Às vezes, alguns profissionais falam assim:

“No meu serviço é assim. Quando atendo as pessoas eu vejo. Existe muito adulto com cárie severa”.

Isto é uma observação clínica que muitas vezes nos engana. O que é diferente ou com exacerbada gravidade nos chama mais a atenção e por isto, nos enganamos com estes dados. Dados precisam ser coletados, através de qualquer método cientificamente comprovado. Mas, com certeza, nos darão um quadro real do que existe.

Um **LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO** deve ser realizado no município, pelo menos periodicamente. Todo levantamento pressupõe custos, metas, prazos, equipe responsável, tamanho da amostra e problemas a serem pesquisados, portanto a definição de objetivos é uma condição fundamental para se evitar modelagens muito complexas para localidades onde os recursos são escassos ou reduzidas para locais que demandam modelos mais complexos.

Ele nos permite:

- Estabelecer um diagnóstico mais real da saúde e doença em uma população
- Fazer um planejamento mais adequado
- Avaliar as ações realizadas e seu impacto na saúde.

Os levantamentos epidemiológicos exigem um investimento por parte dos profissionais e do serviço. Por isso a profundidade ou o número de variáveis a serem analisadas depende dos recursos disponíveis e

da capacidade de enfrentamento do serviço para resolver o problema encontrado. Portanto, deve-se considerar ou colher as informações que terão utilidade posterior.

Deste modo, selecionam-se os dados a serem coletados quando eles servirão para o diagnóstico e planejamento da situação. Se não existe expectativa de colocação de prótese, não se deve fazer o levantamento desta patologia. Criam-se expectativas que não poderão ser resolvidas. O tempo gasto poderia ser aproveitado em outra atividade.

Exceções são feitas quando precisamos do dado para negociar politicamente com os gestores. Aí realizamos em levantamento de menor monta, esclarecendo aos examinados o que está sendo feito.

O projeto SB-BRASIL desenvolveu uma metodologia muito adequada para levantamentos epidemiológicos. Esta metodologia está descrita em detalhes nos MANUAIS desenvolvidos. Você pode acessar estes manuais no site: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/manuais_sbbrasil.php

Caso o seu município ainda não tenha dados epidemiológicos mais precisos de saúde bucal, você pode utilizar os dados do SB BRASIL como estimativa para reorientar ações e priorizar grupos etários.

Atividade 2

Assista ao vídeo: Saúde Bucal: aspectos básicos atenção ao adulto, parte 2 - Conhecendo o território. Nessa atividade você vai saber mais sobre as formas de acesso aos indicadores locais e qual a importância de trabalhar com dados concretos. Veja no cronograma da disciplina os encaminhamentos para essa atividade.



Outra alternativa para medir o problema

Uma outra maneira de se saber o tamanho do problema é utilizar o levantamento de necessidades em saúde bucal, focado não no tamanho da doença, mas no tamanho do que teremos que enfrentar em termos de atendimento. Apesar de limitado quanto aos resultados, é uma maneira bem mais simples e mais rápida de se ter uma noção do quadro de saúde, para planejamento e avaliação.

Para este levantamento, segue um modelo de critérios e do consolidado final, utilizado pela Atenção à Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte.

Códigos	Crítérios
0	apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
1	apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
2	apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
3	apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração
4	apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais, aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
5	apresenta a cárie dentária sob controle; a doença periodontal apresenta-se como o maior problema

* Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda

Neste modelo, cada pessoa é classificada com um código. Desta maneira, ao final saberemos quantos indivíduos tem, por exemplo o Código 3 ou seja, quanto terei que investir em tratamento restaurador.

A seguir temos um exemplo de planilha para consolidação dos dados levantados.

INQUÉRITO DE NECESSIDADES

NOME	SEXO	IDADE	0	1	2	3	4	5
TOTAL								

(MODELO DE PLANILHA PARA CONSOLIDAR OS DADOS)

Observa-se que, com este levantamento, é possível planejar o atendimento, priorizar grupos e orientar ações.

Atividade 3

Acesso ao tratamento odontológico: definindo prioridade

Faça um exercício de diagnóstico na sua unidade de saúde. Essa atividade você deve realizar em conjunto com a equipe de saúde bucal. Você vai examinar 20 usuários do seu local de trabalho, todos adultos (maiores de 18 anos). Faça o exame do periodonto – IPC, exame dos dentes – planilha de levantamento de necessidades e o exame para a condição da mucosa. Vamos ver como anda a situação da comunidade onde você trabalha.

Após conhecer esses dados, verifique as informações contidas na FICHA A de cada um desses 20 usuários. Junte a essas informações as obtidas nos exames clínicos que você realizou. Procure agora estabelecer uma ordem de prioridades para determinar o acesso desses usuários ao tratamento odontológico. Justifique!

Veja no cronograma da disciplina os encaminhamentos para essa atividade.



Atividade 4

Com base na reflexão proporcionada pela atividade 2, discuta com seus colegas no Fórum como está organizado o acesso da população adscrita à sua unidade de saúde. Veja no cronograma da disciplina os encaminhamentos para essa atividade.



O conhecimento elaborado coletivamente tem probabilidade de ser mais consistente, porque parte de experiências e pensamentos variados.

Parte 2

Abordagem sócio-odontológica

Como nos referimos na parte 3 desse Caderno, os indicadores subjetivos ou a abordagem sócio-odontológica se refere à necessidade de se obter informações adicionais dos indivíduos, além dos dados clínicos ou objetivos.

Uma questão importante a ser considerada quanto aos índices epidemiológicos, diz respeito a sua capacidade de indicar padrões normativos para as doenças, ou seja, se usamos somente este tipo de dado, a assistência à saúde acaba sendo determinada, exclusivamente pelos profissionais, é o que chamamos de necessidade normativa. Atualmente, com o conceito ampliado de saúde outras necessidades, além das normativas, podem compor o leque de prioridades que o indivíduo apresenta. É importante no planejamento de saúde incorporar a percepção subjetiva: a capacidade mastigatória, a dor, o desconforto e a incapacidade funcional das pessoas. Deve-se integrar as necessidades de tratamento às abordagens sócio-psicológicas - o que indivíduo relata sobre o impacto das condições de saúde bucal sobre a sua vida diária.

Exemplificando, alguns indivíduos podem ter perdido todos os molares permanentes e essas perdas não necessariamente podem estar impactando negativamente na vida diária, uma vez que conseguem mastigar alimentos duros e não tem problemas com a estética. É importante que saibamos como eles entendem a extração dentária (percepção) ou o que está perda traz para sua vida diária (impacto na qualidade de vida). Um outro exemplo, também significativo é a má-oclusão, que pode ser considerada uma deficiência, mas nem sempre causa desvantagem ou incapacidade para quem a possui. A norma é dada pela ciência e a subjetividade é dada pelo sentimento. Você já deve ter ouvido falar de pessoas que fizeram a prótese

total e depois a guardaram na gaveta. Prematuramente costumamos dizer que é “ignorância”, “falta de cultura” ou até mesmo, porque a “prótese ficou ruim”. Estes podem não ser os motivos e normalmente não são. Faltou perguntar por que ele desejava colocar a prótese. Em um estudo com pessoas que iam colocar a prótese total, Silva *et al*, 2008 (disponível no sítio www.cienciaesaudecoletiva.com.br) observaram que eles desejam “completar o que falta” (sentimento), o que perderam. Ora, isto é bem diferente de estética e função (a norma da ciência). Então, para eles, qualidade era a prótese ficar no lugar “fixa”. Quando não conseguiam isto, preferiam continuar “incompletos”, mas sem incômodo.

Medindo os dados subjetivos

Várias medidas sócio-odontológicas ou de autopercepção de impactos são coletadas através de questionários e foram propostas para se estudar e estimar a qualidade de vida das pessoas. Como os questionários de autopercepção em saúde bucal foram desenvolvidos em países de língua inglesa, alguns conceitos podem não se aplicar em algumas culturas. Por isso esses questionários passam por uma adaptação transcultural permitindo-lhes uma adequada interpretação.

A abordagem sócio-odontológica em geral é de fácil de uso e pode medir a percepção de saúde ou o impacto das condições de saúde na qualidade de vida das pessoas. O Índice de Avaliação da Saúde Oral Geriátrica – GOHAI, utilizado também, em adultos avalia a percepção que o indivíduo tem de sua qualidade de vida, frente a suas condições de saúde bucal. Este índice avalia esta 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. Mede-se considerando a frequência com que o problema foi percebido, nos três últimos meses. O instrumento original trabalha com 5 níveis de resposta para cada uma das 12 perguntas (sempre, repetidamente, algumas vezes, raramente e nunca). Para facilitar a aplicação e compreensão do paciente, sugere-se utilizar somente três alternativas: “sempre”, “algumas vezes”, ou “nunca” (CABRAL, 2003).

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

Quão freqüentemente 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?

*Lembre-se que nas perguntas 3, 5 e 7, no Quadro 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), e, quanto mais alto este valor, melhor será a sua qualidade de vida.

Sugestão

Seria um bom exercício você fazer este questionário com alguns usuários de seu serviço. Você vai começar a ver dados muito ricos e com certeza, vão te auxiliar no entendimento desta abordagem.

Existem muitos outros índices como este que podem também ser utilizados. Este dado é tão importante que a própria OMS tem trabalhado no desenvolvimento de instrumentos como este, incluindo várias idades. Existem hoje questionários até para crianças.

Nos adultos os impactos negativos estão relacionados à extração dentária. Cárie de raiz e doença periodontal são considerados menos impactantes do que as dificuldades com a aparência, alimentação e a fala para quem perdeu dentes. Ou simplesmente a falta de “completude”.

Podemos concluir que a necessidade subjetiva medida pela autopercepção do usuário não deve ser substitutiva da necessidade normativa, mas complementar. Estudos mostram que indivíduos com necessidades normativas definidas pelo exame clínico podem não sofrer nenhum impacto na vida diária.

A abordagem subjetiva nos faz repensar a organização do nosso planejamento por prioridades e necessidades. Será que estamos oferecendo uma atenção que contemple tanto o desejo dos usuários quanto as necessidades normativas determinadas pelos profissionais?. A coleta dos dados nos mostrará o caminho e como agir.



Seção 2

Parte 2

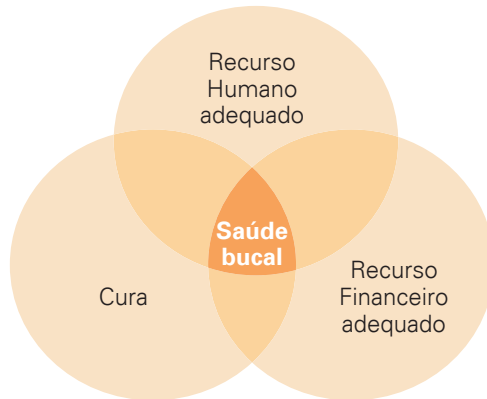
Porque as pessoas são acometidas pela cárie dentária, doença periodontal ou câncer bucal?

Nesta seção do seu Caderno de Estudo você terá a oportunidade de conhecer a evolução dos modelos explicativos para a doença, os fatores determinantes para a saúde ou para a doença e as implicações na organização dos serviços.

Ao nos depararmos com dados como este, vale refletir sobre o porquê deste quadro. Afinal de contas estamos entre os países de maior contingente de dentistas do mundo. Além disto, somos reconhecidos internacionalmente como praticantes de uma odontologia de alta qualidade. Você já ter ouvido falar da “odontologia de primeiro mundo”. Deste modo precisamos saber o que falta ou o que não está correto porque, uma “odontologia de primeiro mundo”, não combina com o quadro anteriormente apresentado.

Tradicionalmente a odontologia organizou seus serviços públicos com duas preocupações prioritárias: o recurso humano e o recurso financeiro.

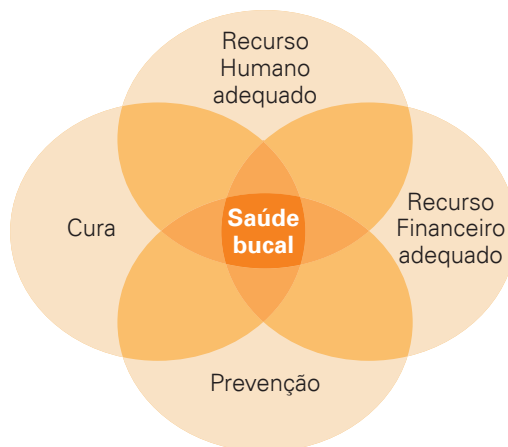
Figura 7: Organização do serviço odontológico modelo 1



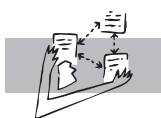
A idéia, que algumas vezes ainda prevalece é que, tendo profissionais e dinheiro, o problema poderia estar resolvido. As pessoas poderiam adoecer, mas existiria o recurso para serem curadas. Sabemos que estes são itens fundamentais em todo serviço de saúde bucal, mas não bastam. Com o investimento público nos últimos anos, por meio de programas e projetos que permitiram uma maior contratação de profissionais e, maior e melhor infraestrutura de serviço, o quadro deveria ter alterado mais substancialmente.

A partir desta análise, e com base em estudos, sobretudo da história natural da doença, de Leavell e Clark (1958) descobriu-se que estávamos investindo no momento errado, isto é, depois que a doença já acontecia. Deste conhecimento, surgiu um segundo modelo que incluía obrigatoriamente medidas preventivas no serviço. Assim, a culpa do fracasso foi sempre colocada na "ausência de programas preventivos".

Figura 8: Organização do serviço odontológico modelo 2



A partir do final da década de 80, com o surgimento e divulgação da teoria da Promoção da Saúde abre-se uma nova forma de compreensão da saúde e da doença. Um dos maiores diferenciais nesta teoria diz respeito ao reconhecimento de que vários fatores podem contribuir para que uma pessoa ou comunidade tenha saúde ou doença. Deste modo, no modelo 2, utilizando o exemplo da cárie dentária, uma pessoa poderia adoecer se tivesse uma remoção de placa deficiente ou uma ingestão de sacarose que configurasse uma dieta altamente cariogênica. Mas sabemos hoje, que isto é insuficiente para completar o ciclo causador da doença. Existem outros fatores ou determinantes que podem facilitar ou dificultar a saúde das pessoas.



Atividade 5

Faça um exercício de reconhecimento de fatores causadores das doenças. Você vai examinar 10 pessoas de seu círculo de amizade ou de sua família e 10 usuários do seu local de trabalho, todos adultos. Siga o roteiro abaixo:

Item considerado	Vale 1 ponto	Vale 2 pontos
Total de dentes presente na cavidade bucal	Menos de 20	Mais de 21
Periodonto saudável	Não	Sim
Tempo decorrido do ultimo tratamento efetuado	Mais de 2 anos	Até 23 meses
Quanto a família ganha por mês	Até R\$ 465,00	Mais de R\$ 465,00
Tem atividade de lazer	Raramente	Freqüentemente
Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses	Sim	Não
TOTAL DE PONTOS	Soma dos pontos obtidos por cada examinado	

Some o numero de pontos que cada um conseguiu e coloque na ficha a seguir:

Amigos e parentes		Usuários	
Nº	Pontos	Nº	Pontos
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	

Agora compare a primeira coluna com a segunda. Quem teve mais pontos? Porquê? Registre as suas observações, sobre os determinantes das doenças nos dois grupos analisados. Vamos discutir os resultados no Fórum. Lembre-se as suas idéias e observações podem ser úteis para os outros.

Veja no cronograma da disciplina os encaminhamentos para essa atividade. Você está construindo o seu mapa conceitual.

Entender o porquê do resultado encontrado é a chave para o planejamento correto e para resultados satisfatórios, melhores do que a odontologia vem exibindo até hoje.

A teoria da Promoção de Saúde conseguiu identificar que muito mais fatores determinantes, além dos biológicos, interferem na saúde ou na doença do indivíduo. Organizou estes fatores em quatro campos: o biológico, o estilo de vida, o ambiente e o acesso aos serviços. Desta maneira, voltando ao exemplo da cárie dentária, pessoas que consomem dieta cariogênica ou escovação inadequada, podem ou não apresentar a doença, dependendo do estilo de vida, do acesso aos serviços ou do ambiente em que vivem.

Figura 8: Organização do serviço odontológico modelo 2



Podemos observar no desenho do modelo 3, que a promoção de saúde veio agregar conhecimento. Poderíamos até tirar os círculos de prevenção e cura. A Promoção de saúde já os inclui. Deixamos assim para que fique mais fácil o entendimento do processo de acumulação do conhecimento.

O nosso trabalho, frente ao que foi lido, passa a ter outro enfoque. Se um adulto não escova adequadamente, não basta treinar habilidade manual. Toda a questão ambiental (econômico, social, cultural), o estilo de vida (hábitos, sociedade a que pertence), acesso aos serviços (de qualidade) devem ser agregados aos fatores biológicos na nossa análise.

Considerações teóricas sobre risco e determinantes da saúde

“A Saúde não é um conceito abstrato. Define-se num momento histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986).

Sabemos que os hábitos de má higiene, dieta inadequada e o uso de substâncias tóxicas podem determinar os principais problemas que acometem a boca. Tradicionalmente, saímos de nossas faculdades de Odontologia com o conhecimento e a missão de tratar doenças e preveni-las revertendo hábitos deletérios à saúde bucal, particularmente no nível individual da relação profissional-paciente. Porém, quando trabalhamos na perspectiva da coletividade, muitas vezes não sabemos como identificar, explicar e combater estes mesmos hábitos. É desta abordagem que passamos a tratar agora.

Ao adotarmos o conceito ampliado de saúde temos de mudar o enfoque dos determinantes de saúde, encarando-os, não como questão individual, mas social, comunitária. Os agravos que afetam a cavidade bucal são fortemente dependentes de padrões comportamentais que por sua vez, são influenciados pela sociedade. As principais afecções da cavidade bucal ganham dimensão de fenômenos coletivos socialmente ordenados e precisamos identificar o que torna comunidades e não indivíduos, mais ou menos saudáveis. O conceito ampliado de saúde lista diversos determinantes da saúde, dos quais destacamos dois: renda e educação.

Há uma ligação inquestionável e direta entre a renda e o padrão de saúde bucal de uma população. Particularmente no caso da cárie dentária, isto já está bem estabelecido e no Brasil desde o levantamento epidemiológico de 1986.

Mesmo quando a prevalência da doença em dada população é muito baixa, quando há a introdução do flúor, ou quando são estudadas as diferentes faixas etárias, as camadas populacionais de menor renda têm mais doença.

A influência da renda sobre o padrão de saúde de uma população precisa ser analisada detalhadamente. Quando a comunidade não tem suas necessidades básicas de sobrevivência satisfeitas, particularmente as alimentares, pela renda disponível, pequenos ganhos econômicos podem trazer mudanças na saúde. Já para um grupo social que não precisa lutar pela sua simples sobrevivência, o fato de passar a dispor de mais recursos financeiros não significa necessariamente melhor saúde. Isto só acontece, quando, em comparação com o restante da sociedade, acontece a ascensão social, ou seja, a renda interfere sobre a saúde quando promove movimento de subida ou descida na hierarquia social.

Independentemente do poder aquisitivo de um grupo social, se a renda permite que os indivíduos se sintam seguros e estáveis, ela contribuirá para ganhos em seu padrão de saúde enquanto a insegurança é deletéria. Tanto a auto-imagem quanto segurança sócio-econômica afetam a saúde por meios cognitivos, ou seja, interferindo no comportamento dos indivíduos, influenciando suas escolhas.

A educação, num primeiro momento da vida, entre crianças jovens, advém da socialização primária. Nela, é a educação de pais ou responsáveis que interferirá na saúde. A família é a influência mais importante para a visão de uma criança de si própria e dos outros. As formas de interação familiar determinam padrões dietéticos, de higiene, de sono, de consumo de tabaco e de consumo de álcool. Padrões estabelecidos em tenra idade tornam-se arraigados para a vida futura.

Definida como escolaridade, a educação interfere no padrão de saúde de maneira semelhante à renda. Ela também ganha maior influência sobre a saúde quando os ganhos educacionais, mais do que simples conhecimento, proporcionam às pessoas mudanças na hierarquia da sociedade e com isto mudanças na forma como as escolhas que interferem na saúde são feitas. Se a melhora do nível educacional nos faz ascender socialmente, passamos a nos comparar ao novo grupo social ao nosso redor. Níveis maiores de educação geram inclusive maior insatisfação

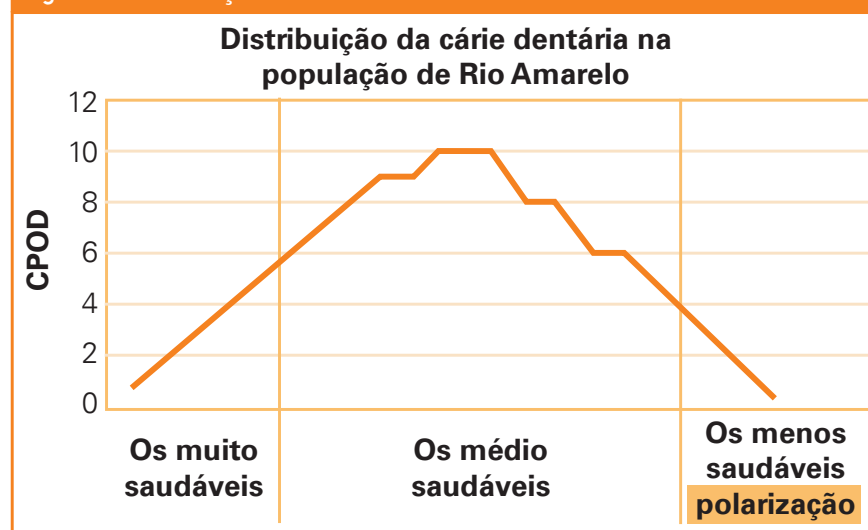
estética e funcional. Temos então de tomar maior consciência e controle sobre nosso comportamento e sobre as escolhas capazes de moldar nosso padrão de saúde.

A determinação da doença e o risco

Para tornar os indivíduos mais saudáveis, é preciso intervir na sociedade, pois não é possível reduzir o número de indivíduos chamados de alto risco, sem que todos tenham sua exposição ao risco reduzida. Na teoria da Promoção de Saúde esta é uma estratégia que orienta a formação de ambientes que permitam uma escolha saudável. Se numa localidade não tem comércio ou outra maneira de disponibilizar frutas, mesmo que a pessoa queira e acredite que é saudável, ela não vai poder consumi-las.

Na distribuição de um agravo à saúde em uma população sempre haverá a prevalência média, onde a maioria dos indivíduos se concentra. Nos extremos ficam os piores e os melhores. Como exemplo, podemos citar o fenômeno da polarização cárie dentária.

Figura10. Polarização da cárie dentária



Mesmo entre populações com alto padrão de desenvolvimento social, onde os níveis da doença foram minimizados, grupos populacionais continuam a exibir alta concentração do problema.

Quando adotamos políticas ou medidas preventivas dirigidas apenas àqueles no extremo de piores condições de saúde, ainda que consigamos alterar para melhor seus determinantes, a permanente tendência da existência de extremos, fará com que outros indivíduos ocupem os lugares no extremo pior do padrão de saúde da população. Políticas ou ações preventivas devem ser dirigidas não àqueles com piores padrões de saúde, mas sim a todos, de forma que os padrões médios sejam alterados.

Por exemplo, se elegermos como grupo de risco os que estão na zona de “polarização”, se focarmos nossas atividades para este grupo, com certeza eles sairão desta condição. Mas os outros grupos, sem assistência, poderão começar a ocupar novo lugar na curva exatamente no extremo dos piores. Desta maneira, ações com relação ao risco de adoecimento, devem ser populacionais, ou seja, para todos.

Tudo isso nos traz uma nova realidade. O conceito de saúde deve ser menos positivista, o enfoque poderia ser “de dentro para fora” do ser humano, onde o que mais conta é o subjetivismo do indivíduo, sua vontade. Pode se dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade. Portanto, perdem relevância os conceitos tradicionais de fatores de risco à saúde bucal, dando lugar aos determinantes da saúde, que modulam o padrão de saúde das comunidades por sua presença, intensidade ou ausência.

Uma pessoa pode ter cárie porque excedeu na frequência da sacarose ou não conseguiu acabar com a placa. Mas ele pode ter cárie também porque nunca teve acesso à informação ou porque nunca pode ser atendido por um dentista. Cabe-nos, segundo um dos cinco princípios da Promoção da Saúde, promover a reorientação dos serviços que oferecemos, alterando nossa prática para a nova realidade.



Atividade 6

1- Com relação à Saúde Bucal, descreva, em sua opinião, o que faz as pessoas da sua comunidade terem mais saúde ou mais doença (cárie, doença periodontal e lesão de mucosa), ou seja, o que está contribuindo para que elas mantenham a saúde e o que está determinando a doença?

2- Em seguida, pergunte para a equipe de saúde da família e a ASB e TSB o que elas pensam sobre o assunto.

3 - Agora, com as respostas obtidas nos itens 1 e 2, preencha o quadro abaixo:

Mais saúde	Mais doença

4 – Faça por escrito uma reflexão correlacionado a sua opinião com as respostas obtidas no item 2 e responda a seguinte questão a partir das respostas: o que a equipe de sua unidade pode fazer para o enfrentamento das situações relatadas, principalmente nos casos de mais doença? Cite três ações.

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade. Você está construindo o seu mapa conceitual.



Atividade 7

Assista ao vídeo: Saúde Bucal: aspectos básicos atenção ao adulto parte 3 – Identificando causas

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

Seção 3

Nesta seção vamos falar de organização da atenção em saúde bucal e quais aspectos são relevantes neste processo de organização da atenção básica.

Parte 1

Como posso enfrentar e solucionar os principais problemas em saúde bucal

Nas seções anteriores, você pode conhecer o modelo de atenção e a prática excludente que ele produziu. Você teve a oportunidade de estudar os aspectos epidemiológicos e científicos das principais doenças de saúde bucal da população brasileira. Conheceu, também, os indicadores objetivos e subjetivos, fatores proximais e distais na determinação destas doenças.

Nessa seção, vamos focar o processo de organização das ações de saúde no enfrentamento dos problemas prevalentes no cotidiano de seu serviço. Você já deve ter experimentado fazer um planejamento para organizar a atenção em saúde bucal na sua unidade. Conforme você já viu no Módulo 3 – Planejamento das ações de saúde – Unidade Didática I, o planejamento se constitui em uma ação fundamental ao cotidiano da sua prática.

Porém, é possível que você tenha algumas dificuldades para realizar, com desenvoltura, este planejamento. Isto pode estar acontecendo porque ele surge como algo novo, nem sempre experienciado anteriormente por você desde a sua formação até o momento atual. Ou então, porque, além de não ter aprendido o planejamento como um método, em casa ou na Faculdade, pode ser que, no seu atual serviço, isto também não aconteça como uma rotina de toda a equipe. Ou mesmo da equipe de saúde bucal. Então, é difícil, porque é desconhecido e novo para você.

No entanto, de acordo com o volume 17 dos Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, que aborda a Saúde Bucal, planejar é um ato inerente ao ser humano, que, em geral, acontece em tudo que fazemos, inclusive nas ações dos serviços de saúde em que trabalhamos (BRASIL, MS/DAB, 2006).

Por meio do planejamento poderemos nos aproximar de situações e de pessoas (ou grupos de pessoas), compreender a realidade, os principais problemas e necessidades das mesmas. Realizar uma análise desses problemas, bem como elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. E também estabelecer metas que possam viabilizar, através de ações estratégicas, a implantação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações.

Então chegou a hora do enfrentamento do problema. Vamos trabalhar em passos e caminhando no ritmo, chegaremos lá. Faça todos os passos para conseguir realizar as atividades propostas.

Primeiro passo: Conhecendo o local (bairro, vila, distrito ou outros)

Podemos trabalhar este passo com uma atividade.

Para facilitar, selecione uma pequena parte da sua área de abrangência (ruas, aglomerados ou outro) e trabalhe somente os dados deste local selecionado.

Para conhecer o local, procure na internet ou desenhe o mapa da região quem você escolheu para fazer a atividade.

Localize neste mapa tudo que melhor descreva o local, ou seja, a unidade de saúde, outros locais de atendimento existentes, escolas, associações, clubes, igrejas, locais de lazer, praças, locais de compra.

Descreva tudo, o mais completo possível, como você fosse explicar para outra pessoa, onde você trabalha.

Segundo passo: Conhecer a comunidade adscrita à sua unidade de saúde

Está no artigo 196 da Constituição brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O primeiro dos princípios fundamentais do SUS é a universalidade. Para isto precisamos saber quem é a população adscrita do local onde trabalho.

Como você já viu na atividade 3, o cadastro da equipe do PSF, por meio da FICHA A contém algumas informações importantes sobre a condição de vida dos usuários, coletadas em domicílio pelos Agentes Comunitárias de Saúde e cadastradas no SIAB.

Uma reflexão necessária: em virtude da nossa prática pouco acostumada ao trabalho em equipe, integrado como restante dos profissionais de nossa unidade, rara vezes consultamos estes dados.

Se você tem acesso as informações do SIAB, vai somente transcrever para a ficha sugerida abaixo. Se não tem, consulte a Equipe de Saúde da Família ou os Agentes Comunitários de Saúde, vá aos arquivos e veja os prontuários. Se no seu local de trabalho, estes dados inexistem você mesmo poderá coletá-los. Se você tiver dificuldades, pode conseguir ajuda no sitio do SUS (www.datasus.gov.br).

Em seguida, preencha a ficha sugerida:

A comunidade onde trabalho

Dados	Descrição/total
Quantas pessoas	
Quantas famílias	
Quantas residências	
Quantos moram em média por residência	
Quantos adultos (21 a 59 anos)	
Quantas mulheres	
Quantos homens	
Quantos trabalham em turno diurno	
Quantos trabalham em turno noturno	
Quantos estão desempregados	
Quantos estão aposentados	
Atividades de trabalho de maior frequência	
Nível de escolaridade de maior frequência	
Quantos são analfabetos	
Qual é a renda média das famílias	
Quantos têm alguma deficiência física	
Quantos têm alguma deficiência mental	
Quantas famílias tem serviço de esgoto	
Quantas famílias tem serviço de água	
Quantas famílias tem luz elétrica	
Quais são as três doenças mais frequentes	
Quais são as causa mais comuns de morte	

Atividade 8

Com estes dados das duas planilhas e do mapa da área adscrita na mão, vamos refletir, respondendo as seguintes questões:

- 1- A Equipe de Saúde Bucal está aproveitando bem os recursos disponíveis? Porquê?
- 2- Que atividades não estamos desenvolvendo, mas poderíamos nos inserir?
- 3- Existe relação entre a unidade de saúde, equipe de saúde bucal e os equipamentos sociais anotados no mapa?

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

Estamos pensando em otimização de recursos e de atividades. Isto vai ser importante para passarmos ao quarto passo.

Quarto passo: Investir nos caminhos para as soluções

Do Oiapoque ao Chuí, estamos atuando em um Sistema Único de Saúde. O termo único é fundamental. Independentemente da realidade dos milhares de municípios brasileiros e mais ainda, dos milhões de distritos, bairros, ou áreas de abrangência e por mais diferentes que sejam as estratégias que adotemos para trabalhar neles como profissionais de saúde, devemos entender que existem, sim, linhas políticas das quais não podemos nos desviar. Ao trabalharmos no SUS, precisamos obedecer, seus princípios fundamentais: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social.

É imprescindível a qualquer profissional de saúde pública conhecer profundamente estes princípios, que podem ser encontrados na Seção da Saúde da Constituição Federal Brasileira e também na Lei Orgânica do SUS (leis 8080, de 19 de setembro de 1990 e 8142, de 28 de dezembro de 1990).

Ainda do ponto de vista nacional, outras normalizações da atuação do SUS são importantes, tais como as Normas Operacionais Básicas e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOBs e NOAS. Além dessas, é necessário ainda conhecer as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, expressas na Portaria 648 do Ministério da Saúde. Profissionais de saúde bucal de unidades básicas de saúde precisam também atuar



segundo as proposições contidas na publicação da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que você já conhece, intitulada “Cadernos de Atenção Básica, Saúde Bucal”, nº 17, Brasília/DF, 2006 e ainda, de acordo com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.

Se você conhece o local onde trabalha, a equipe, as pessoas que moram lá, como adoecem ou como mantêm a saúde e sabe as diretrizes políticas da Saúde Bucal, você está pronto para enfrentar e solucionar este grande problema: A SAÚDE BUCAL DO ADULTO.

Para subsidiar a sua ação de planejar, leia: o capítulo III e IV “Cadernos de Atenção Básica” nº 17 do Ministério da Saúde e a LINHA GUIA da SES-MG “Atenção em Saúde Bucal” Belo Horizonte/MG, 2006, no capítulo que se inicia na página 225 até a página 242. Ambos se encontram na Biblioteca Virtual.

Você pode escolher o método mais adequado para elaborar seu planejamento, como o de Estimativa Rápida. Método que pode ser feito em curto período e sem grandes gastos. É baseado em observação e entrevistas com informantes chaves (gestores, população, instituições, ONGs), permite conhecer quais são os problemas, mas não quantifica o número de pessoas com problemas.

Deve lembrar SEMPRE. Promoção de saúde é definida como um processo pelo qual se deve preparar os indivíduos/comunidades para que eles tenham conhecimentos e habilidades para adquirirem controle sobre os determinantes de sua própria saúde.

NUNCA VAMOS CONSEGUIR SOLUCIONAR O PROBLEMA, SEM A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.

Os princípios para a promoção de saúde incluem o desenvolvimento de habilidades pessoais, a ação comunitária, as políticas públicas saudáveis, a existência de um ambiente de apoio adequado e a reorientação dos serviços de saúde. Os locais onde as pessoas vivem e trabalham, seus espaços sociais, as cidades, são os locais ideais para se propor idéias e ações que apoiem escolhas positivas e saudáveis. Os determinantes do comportamento humano, os valores culturais e os hábitos de vida da sociedade devem ser observados.

Os indivíduos devem ser atingidos nos locais onde se encontram e constroem seus relacionamentos, partindo da compreensão de sua experiência de vida, seu vocabulário, seus temores, esperanças e anseios frente à saúde.

A REORIENTAÇÃO DO SERVIÇO É FUNDAMENTAL, MAS NÃO BASTA.

Parte 2

Planejando o serviço para o adulto

Quando você leu o volume 17 dos Cadernos de Atenção Básica do DAB/MS – Saúde Bucal e a LINHA Guia de Saúde Bucal da SES/MG, você teve a oportunidade de conhecer as principais diretrizes para a organização e planejamento da atenção no seu município.

Na proposição de um conjunto de ações para organizar a demanda e oferecer serviços de saúde bucal à população, um primeiro desafio, é a formulação de uma base conceitual. Práticas centradas no modelo exclusivamente biomédico, hospitalocêntrico e centrado na cura, devem ser substituídas por uma proposta de planejamento que inclua toda a equipe de saúde da Unidade Básica e os equipamentos sociais da comunidade. As práticas devem incorporar além dos procedimentos de recuperação da saúde, as ações de promoção, prevenção e manutenção, uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Os espaços de trabalho da equipe são múltiplos e as decisões que impliquem em alterações substanciais no processo de trabalho da equipe devem passar pelo Conselho Local de Saúde. A avaliação por meio de levantamentos e monitoramento devem ser uma constante. E, finalmente, compreender as pessoas a partir dos seus contextos ampliando as fontes de informação dos estudos e levantamentos.

Relembrando passos de um planejamento...

1º – conhecendo o território – espaço no qual interagem as pessoas e aparecem os problemas e necessidades. Utilizar instrumentos ou métodos que possam ir além do estudo epidemiológico na detecção dos problemas, como a técnica da estimativa rápida, o GOHAI ou outros.

2º – envolvendo a comunidade – promover a autonomia dos usuários. A comunidade não é mero objeto de estudo, mas sujeito no processo. Repensar as abordagens tradicionais da educação em saúde em que o usuário é somente um objeto do processo educativo. Pense como foi que você adquiriu hábitos saudáveis e procure criar oportunidades iguais para os outros.

3º – definindo ações e prioridades – determinar ações de vigilância dos fatores de risco para as doenças, estabelecer prioridades para procedimentos clínicos, grupos etários e locais das intervenções. A NOAS 2001/2002 estabelece o atendimento a grupos prioritários. Estabelecer o fluxograma de atenção baseado na rede de atenção. Articular e integrar promoção, recuperação e manutenção da saúde estabelecendo atenção precoce e estratégias interdisciplinares para os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, etc.

O estabelecimento de grupos prioritários exige cautela. Já fizemos isto com os escolares e não podemos dizer que deu certo. Então é preciso examinar as orientações das normas junto com a necessidade observada (objetiva e subjetiva) da população.

4º – ganhando parceiros – dialogar com possíveis parceiros que representem o suporte social na comunidade para a população, promover ação intersetorial. Identifique os líderes ou aqueles com habilidades especiais. Eles poderão ser grandes parceiros porque interessam diretamente pelos ganhos para a comunidade. Lembre-se de atuar junto ao Conselho Municipal de Saúde.

5º – monitorando as ações – o Ministério da Saúde propõe alguns indicadores que podem auxiliar no monitoramento:

1. cobertura de 1ª consulta odontológica programática. O prontuário ou ficha clínica utilizado no serviço deve ter um espaço no qual o profissional vai inserir os dados coletados nessa consulta. Essa é uma consulta com finalidade de diagnóstico, portanto as condições encontradas nos dentes, mucosa e periodonto examinados devem ser anotadas;
2. cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, é o percentual de pessoas que participaram da ação coletiva com supervisão de um profissional;
3. média de procedimentos odontológicos básicos individuais;
4. proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

6º – avaliando as práticas – avaliar as práticas para garantir informação para o planejamento de novos serviços. Precisamos constantemente saber se o que fazemos está dando certo. Esta pergunta tem que estar sempre presente.

O que está melhorando?

O acesso no serviço odontológico em dados gerais do Brasil ainda não atingiu 15%. É preciso aumentar este acesso. Para elevar o número de usuários incorporados ao programa, é preciso melhorar o processo de trabalho, investindo na equipe multiprofissional. A participação das ACS é imprescindível enquanto ligação com a comunidade.

O trabalho organizado com a ASB e a TSB, em equipe também é uma estratégia poderosa.

A definição da linha a ser seguida deve ser equilibrada entre as orientações dadas pelas políticas federal, estadual e Municipal, mas nunca desconsiderando a prioridade da população. O acolhimento amplia as chances de sucesso de um programa. Observa-se isto em todos os municípios que ele foi ou está sendo implantado. O usuário ser “recebido” faz toda a diferença.

Volte ao Módulo 4 – Unidade Didática I – Práticas pedagógicas em Atenção a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, página 34, para lembrar os conceitos de Acolhimento. Na UBS o acolhimento deve ser diário e sem hora marcada, caso contrário estaremos praticando uma espécie de triagem dos pacientes e não o acolhimento como uma escuta qualificada que procura responder as necessidades de quem procura o serviço.

Um exemplo

O serviço Odontológico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte adotou uma estratégia que aumentou o acesso, incorporou mais adultos ao sistema e o que é mais importante, adotando procedimentos importantes para o controle da doença como a utilização da estratégia de Tratamento restaurador atraumático. Se não existe condição de reabilitar, o mínimo que pode ser feito é eliminar a doença.

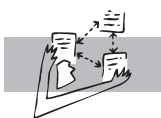
Outros indicadores

O conjunto de indicadores de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal sugerido pela OMS tem como objetivo oferecer informações úteis para elaboração de programas e de políticas em saúde bucal. Podem

ser informações de saúde essenciais, expandidas e opcionais. Cabe ao responsável pela vigilância do serviço selecionar dentre os indicadores os que são mais necessários na sua localidade para controlar a oferta dos serviços (PINTO, 2000).

Apresentaremos alguns desses indicadores, a seguir :

1. Indicadores essenciais: número de pessoas isentas de cárie por grupo etário, número de pessoas isentas de doença periodontal, proporção de pessoas protegidas com flúor, proporção de pessoas que visitou o dentista nos últimos anos, número de pessoas satisfeitas com o serviço prestado etc.
2. Indicadores expandidos: número de pessoas com dor devido a problemas bucais, número de pessoas com prótese, consumo médio de açúcar, proporção de pessoas com problemas periodontais, número de pessoas com prevalência do hábito de fumar etc.
3. Indicadores opcionais: proporção de número de escolas com programa preventivo regular, proporção de pessoas com dificuldade de mastigar, proporção de pessoas com oclusão funcional (até 20 dentes presentes), proporção de pessoas com lesão de tecido mole, proporção de pessoas com fluorose etc.



Atividade 9

Você vai agora fazer o planejamento para enfrentar os problemas de saúde bucal da população adulta de sua unidade. Lembre-se que no seu planejamento você deve detalhar como será a porta de entrada do usuário no serviço: demanda espontânea e / ou programada, como você conheceu o tamanho do problema da população da sua área de abrangência, quais grupos foram priorizados na zona urbana e / ou rural, como será estruturado o trabalho com o restante da equipe de saúde da UBS, como será a atenção aos grupos já existentes na UBS, como e quais ações de promoção de saúde foram organizadas, etc.

Descreva cada uma das estratégias propostas por você e justifique.

Para auxiliá-lo nesta atividade assista o vídeo Saúde Bucal: aspectos básicos atenção ao adulto, parte 4 – Resolvendo os problemas e volte ao módulo 4 – Unidade Didática I – Práticas pedagógicas em Atenção a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, páginas 40 e 48 para você relembrar os conceitos de Trabalhos em Grupo e Visita Domiciliar.

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

Referências

Referências

Leituras obrigatórias

ALBANDAR, J.M. STERCKFUS, C.F.; ADESANYA M.R.; WINN D.M. Cigar, Pipe and Cigarette Smoking as Risk Factors for Periodontal Disease and Tooth Loss. *Journal of Periodontology*, v.71, n.12, p. 1874-81, 2000.

AROWOJOLU, M.O.; DOSUMU, E.B.; ONYEASO, C.O.; LAWOYIN J.O. Effects of Some Risk Factors and Immunodeficiencies on the Periodontium – A Review. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, v. 31, n. 3, p. 195-9, 2002.

BAELUM, V.; FEJERSKOV, O. Diagnóstico da Cárie Dentária: Um momento de Reflexão a Caminho da Intervenção? In: FEJERSKOV, O.; KIDD, E. *Cárie Dentária: A Doença e Seu Tratamento Clínico*. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 6, p.101-110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 8a Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília, 2004. 67 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Brasil Sorridente*. Brasília, 2005. disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> . Acesso: 27 maio 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Divisão Nacional de Saúde Bucal & Fundação Serviços de Saúde Pública. Série C Estudos e Projetos, 4 Brasília, 1988. 137 p.

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: MS, 2006, Caderno de Atenção Básica, número 17, Saúde Bucal, 92p.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.423-425, 1999.

FARIA, H. *et al.* Processo de Trabalho em Saúde - Módulo 1 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFMG. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, 66p. FARIA, H. *et al.* Planejamento em Saúde - Módulo 3 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFMG. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, 64p.

GRILLO *et al.* Práticas pedagógicas em Atenção a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Módulo 4 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFMG. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, 65p.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal Manual de Instruções 4ª ed. Editora Santos, 1999, 53 p.

PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 5ª ed. 2008 635 p.

SILVEIRA FILHO, A. D. A Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. In: Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. (org) BOTAZZO, C. OLIVEIRA, M A., p. 31-50, 2008

Leituras recomendadas

FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global Goals for Oral Health in the Year 2000. *International Dental Journal*, v. 32, n.1, p.74-77, 1982.

FREITAS, S.F.T. *História Social da Cárie Dentária*. Bauru: EDUSC, 2001.

GENCO, R.J. Patogênese e respostas do Hospedeiro na Doença Periodontal. In: GENCO, R.J.; GOLDMAN, H.M.; COHEN, D.W. *Periodontia Contemporânea*. 2ed. São Paulo: Santos, 1997. Cap. 14, p.184-193.

GLEISSNER, C., WILLERSHAUSEN B., KAESSER, U.; BOLTEN, W.W. The Role of Risk Factors for Periodontal Disease in Patients with Rheumatoid Arthritis. *European Journal of Medical Research*. V. 3, n. 8, p. 387-92, 1998.

MATTOS, F.F. *Caries in the Primary Dentition: A Global Perspective*. 1997. 119 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Dental School, University of Leeds, Leeds.

MATTOS, F.F. *Avaliação das Correlações Existentes entre Experiência de Cárie, Acúmulo da Placa Bacteriana e Nível de IgA Anti-Streptococcus mutans na Saliva de Crianças com Dentição Mista*. 2001. 87 f. Tese Doutorado em Odontologia, Odontologia Restauradora) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista, São José dos Campos.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal: definições. In: BUISCHI, I. P. (org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000. Série EAP/APCD, v 22, cap. 1, p. 3-22.

MOYNIHAM, P.; LINGSTROM, P.; RUGG-GUNN, A.J.; BIRKHED, D. O Papel do Controle da Dieta. In: FEJERSKOV, O.; KIDD, E. *Cárie Dentária: A Doença e Seu Tratamento Clínico*. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 14, p.223-242.

PEREIRA MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Outras referências

NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In:

PINTO, V. G. Saúde bucal coletiva. 4Ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap. 9, p. 293-310.

NAUNTOFTE, B.; TENOVUO, J.O.; LAGERLOF, F. Secreção e Composição da Saliva. In: FEJERSKOV, O.; KIDD, E. Cárie Dentária: A Doença e Seu Tratamento Clínico. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 2, p.7-26.

NYVAD, B. O Papel da Higiene Bucal. In: FEJERSKOV, O.; KIDD, E. Cárie Dentária: A Doença e Seu Tratamento Clínico. São Paulo: Santos, 2005. Cap.11, p.171-176.

OGAWA, H.; YOSHIHARA, A.; HIROTOMI, T.; ANDO Y.; MIYAZAKI, H. Risk Factors for Periodontal Disease Progression Among Elderly People. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 29, n.7, p. 592-7, 2002.

REES, T.D. Oral Effects of Drugs of Abuse. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, v.3, p. 163-184, 1992.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Vigilância do Câncer e Seus Fatores de Risco de Minas Gerais – 3o Informativo. Belo Horizonte, 2004.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.5, p.538-542, out. 1997.

SEIHAM, A.; MOYSÉS, S.J. O Papel dos Profissionais de Saúde Bucal na Promoção de Saúde. In: BUISCHI, I.P. Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000. Série EAP/APCD, v.22, Cap. , p. 25-37.

SKALERIK, U.; KOVAK-KAVCIC, M. Some Risk Factors for the Progression of Periodontal Disease. *Journal of the International Academy of Periodontology*. v. 2, n. 1, p. 19-23, 2000.

PEREIRA MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

TAYLOR, G.W.; MANZ, M.C.; BORGNAKKE, W.S. Diabetes, Periodontal Diseases, Dental Caries and Tooth Loss: A Review of the Literature. *Compedium of Continued Education in Dentistry*, v.25, n.3, p.179-84, 2004.

WALKER, D.M.; BOEY G.; MCDONALD L.A. The Pathology of Oral Cancer. *Pathology*, v.35, n.5, p.376-83, 2003.

WILKINSON, R.G. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. 4ed. Geneva, 1997.

Apoio



Ministério da Educação



Ministério da Saúde



Realização

