

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
ALESSANDRO JOSÉ DE OLIVEIRA ARRIEIRO**

**SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE MOEDA, MINAS GERAIS,
2003 E 2008**

**CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS
2011**

ALESSANDRO JOSÉ DE OLIVEIRA ARRIEIRO

**SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE MOEDA, MINAS GERAIS,
2003 E 2008**

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

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes

**CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS
2011**

ALESSANDRO JOSÉ DE OLIVEIRA ARRIEIRO

**SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE MOEDA, MINAS GERAIS,
2003 E 2008**

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

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes

Banca Examinadora

Prof. Horácio Pereira de Faria

Prof. Sandro Marlon de Oliveira

Prof. Soraya Almeida Belivário

Aprovada em Conselho Lafaiete em 15/05/2010.

Dedico este trabalho à minha família, pais, irmãos e esposa, que sempre me incentivaram e apoiaram em minhas decisões. Obrigado pelo amor, compreensão e dedicação sempre.

Aos meus filhos, Maria Fernanda e João Lucas, razões de minha vida, inspirações de meu ser.

Agradeço:

A Deus pela proteção, luz e amor sempre presentes.

Aos amigos e colegas de Moeda - MG e a Dra. Simone Dias Cardoso, que tornaram realidade um sonho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes, pela atenção, ajuda e estímulo.

Aos meus idolatrados tutores Prof. Max André dos Santos e Profa. Virgiane Barbosa de Lima.

Às minhas amigas Vera Lúcia Carmo e Alessandra Trindade Machado, pelo compromisso, carinho e ajuda.

RESUMO

A necessidade de se planejar e de reorganizar a atenção primária no município de Moeda na busca de melhorias na saúde bucal levou à utilização de um instrumento simplificado. O levantamento de necessidades de tratamento foi importante para se conhecer a realidade das condições dentárias dos escolares, bem como para a avaliação epidemiológica e a programação local. Dessa forma, esse estudo teve como objetivo comparar as condições de saúde bucal de escolares do município de Moeda - MG entre os anos de 2003 e 2008, antes e após a implantação do Plano de Saúde Bucal no município. As necessidades de tratamento foram classificadas de acordo com o número de elementos dentais envolvidos: o código N1 representou as crianças que apresentavam acima de 6 dentes cariados e que tinham prioridade de tratamento em função da maior gravidade de sua situação bucal, necessitando maior intervenção curativa e demandando mais horas clínicas do cirurgião dentista. O código N2 se referia as crianças que apresentavam de 4 a 5 dentes cariados, o código N3 representou aquelas com até 3 dentes cariados. E, o código SN representava os escolares “sem necessidade” de intervenções curativas, demandando assim uma abordagem de promoção de saúde, que foi realizada pela TSB (Técnica em Saúde Bucal) no consultório. Houve diminuição na gravidade da doença cárie entre os anos de 2003 e 2008, mesmo com um incremento de 7,2% no número de alunos adscritos ao PSF Pedra Vermelha, e verificou-se uma redução de 50% no número de escolares N1. Nas crianças classificadas com os códigos N2 e N3 houve reduções de 67,12% e 33,49%, respectivamente. Houve um incremento significativo dos escolares classificados como SN, igual a 120,29%. Pode-se constatar que a estratégia adotada pela equipe, embora apresentando aspectos que remontam ao Sistema Incremental adotado na década de 50, produziu resultados significativos em termos de melhorias dos indicadores de saúde bucal dos escolares, demonstrando como a utilização do levantamento de necessidades foi capaz de subsidiar um planejamento baseado na realidade epidemiológica local.

Palavras chave: Saúde bucal; Epidemiologia; Planejamento em Saúde

ABSTRACT

The need of planning and reorganizing primary care in the municipality of Moeda in the search for improvements in oral health led to the use of a simplified instrument developed by the team. The survey of treatment needs was important to know the reality of the conditions of the dental school, as well for an epidemiological assessment and local programming. Thus, this study aimed to compare the oral health of school children of Moeda- MG between 2003 and 2008, before and after the implementation of the Plan of Oral Health in the municipality. The treatment needs were classified according to the number of dental elements involved: the code N1 represented children who had more than 6 decayed teeth and had priority treatment due to the greater severity of their oral status, requiring more intervention and healing demanding more hours of clinical dental surgeon. Code N2 referred children who presented from 4 to 5 teeth decayed, the code N3 represented those with up to 3 decayed teeth. And the SN code represented the school "no need" to therapeutic interventions, thus requiring an approach to health promotion that was held by the TSB (Technical, Dental) in the office. There was a decrease in the severity of caries between 2003 and 2008, even with an increase of 7.2% in the number of students ascribed to PSF Pedra Vermelha, and there was a 50% reduction in the number of school N1. In children classified with codes N2 and N3 were reductions of 67.12% and 33.49% respectively. Very significant was the increase of students classified as SN, equal to 120.29%. The strategy adopted by the team, while it has aspects that go back the Incremental System adopted in the 50s has produced significant results in terms of improvements in indicators of oral health of school children, showing how the use of survey needs was able to provide a planning based on local epidemiological reality.

Key Words: Oral health; Epidemiology; Health Planning

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. N1, N2, N3, SN. Níveis de necessidade de tratamento, do pior (1) para o SN (sem necessidade) acho melhor descrever todos
2. TSB. Técnico de Saúde Bucal
3. PSF. Programa de Saúde da Família
4. SUS. Sistema Único de Saúde
5. FPM. Fundo de Participação dos Municípios
6. ICMS. Imposto sobre Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços
7. ABS. Atenção Básica à Saúde
8. MG. Minas Gerais
9. PEP. Programa de Educação Permanente
10. CPOD. Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
11. Km quilômetro quadrado
12. SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
13. COPASA Companhia de Águas e Saneamento básica
14. ACS Agente Comunitário de Saúde
15. CD Cirurgião Dentista

LISTA DE FIGURAS

1. População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha. Moeda, 2008.
2. Número de famílias cobertas por abastecimento de água e destino de fezes e urina, segundo a modalidade e micro área. Moeda, 2008.
3. Número absoluto de alunos por necessidade de tratamento nas escolas pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha nos anos de 2003 e 2008. Moeda 2003 e 2008.
4. Distribuição percentual das necessidades de tratamento dos escolares adscritos ao PSF Pedra Vermelha em 2003 e 2008. Moeda 2003 e 2008.
5. Percentual das necessidades de tratamento (redução ou aumento) nas escolas da zona rural e urbana pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha nos anos de 2003 e 2008. Moeda 2003 e 2008.

LISTA DE QUADROS

- 1 Escolas municipais e estaduais, sua localização, característica do ensino, número total de escolares matriculados e número de alunos pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha. Moeda, 2003 e 2008.
- 2 Classificação das necessidades de tratamento. Moeda, 2003 e 2008.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	18
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÃO	26
7	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXOS	32

1 INTRODUÇÃO

Baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde, legitimando-a como direito de todos e dever do Estado e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e princípios operacionais (descentralização dos serviços e participação social) (Brasil, 1990). Entretanto, “a municipalização não foi devidamente acompanhada por uma política efetiva de financiamento das políticas públicas de saúde” (MATHEUS da SILVA e SILVA, 2007). Acresça-se a isso o fato de que “cerca de 90% dos municípios com menos de 10.000 habitantes dependem quase 100% das transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços (ICMS)” (SOUZA, 2002).

Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família... de forma integral e contínua” (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2002), com a inclusão da odontologia através da “Portaria GM/MS 267 de 06 de março de 2001”. Essa missão de reestruturar a Atenção Básica à Saúde (ABS), com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (CONASS, apud Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde, 2008). A ABS passa a ser denominada Atenção Primária à Saúde (APS) e “deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo, o papel organizador e o de responsabilização” (MENDES, apud Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde 2009). Ainda segundo STARFIELD (2002):

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. A APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário.

Dessa forma, a utilização do planejamento torna-se imperativo para a reorganização da APS e da APS bucal de Moeda - MG. O ato de planejar compreende o conhecer a realidade local, os recursos disponíveis (materiais e humanos), as intervenções possíveis e o monitoramento constante gerando um plano de ação. Para isso a Equipe de Saúde deve ser capacitada por meio de Programa de Educação Permanente (PEP), aprender sobre epidemiologia e a planejar. A epidemiologia é uma ferramenta de quantificação e qualificação da realidade, que permite calcular recursos necessários, monitorar e avaliar as medidas adotadas (BRASIL, 2006). Através dela e da capacitação dos profissionais de saúde torna-se realidade o plano de ação e a transformação da realidade local.

“A boca é um órgão que, além de importante para a alimentação, está ligado fundamentalmente ao processo de socialização. Através da boca nos relacionamos com as pessoas e com o mundo” (MINAS GERAIS, 2006). A inserção da odontologia num projeto de (re) organização da APS valoriza a saúde bucal como parte da saúde geral e essencial para a qualidade de vida proporcionando aos indivíduos uma condição que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento.

O atendimento odontológico no município até 2003 era feito por meio de livre demanda e as ações de promoção-prevenção de saúde se limitavam a quatro escovações supervisionadas anuais. As ações eram individualizadas e a própria equipe odontológica não comungava dos mesmos ideais e não tinham uma padronização de ações. A situação de saúde bucal do município era considerada insatisfatória e com a implantação do plano de saúde bucal em 2003 criou-se uma oportunidade de mudança e de (re) organização da APS bucal com a utilização da epidemiologia, o planejamento e um plano de ação. Tais medidas contribuíram para a mudança do perfil de saúde-doença no município.

Com a participação e aprendizagem no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, aprendi logo a necessidade da reflexão crítica sobre o processo de trabalho, e que só assim conseguiria obter um resultado útil das ações de promoção-prevenção da saúde propostas. Ainda nessa linha, aprendi que a saúde é um meio, e sendo assim precisa transformar a sociedade em que está inserida. Mais à frente percebi a necessidade de transformar “empirismo”, o “ato reativo”, em ciência, através da coleta de dados, da tabulação

destes, gerando dados epidemiológicos embasados, capazes de instrumentalizar um correto planejamento, seu monitoramento e implementação.

Diante desse novo horizonte aberto pelo curso, vislumbrei a possibilidade de transformar um trabalho de equipe voltado para o bem estar social e melhoria da condição de saúde bucal de um pequeno município ser transformado em dados concretos, passíveis de registro e avaliação. Assim busquei nesse trabalho tabular os dados concretos da população estudantil do município de Moeda, comparando os anos de 2003 e 2008, anos que coincidem com a implantação do Programa de Saúde da Família no município e o término do modelo de prevenção-promoção de saúde bucal no mesmo. A idéia era de ao comparar os dados defrontar a verdade sobre aquilo que acreditava ser positivo para a comunidade e ainda indicar novos caminhos a percorrer nessa busca por Saúde.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Comparar as condições de saúde bucal de escolares do município de Moeda - MG entre os anos de 2003 e 2008, antes e após a implantação do Plano de Saúde Bucal no município.

Objetivos específicos

Conhecer a condição da saúde bucal dos escolares no município;

Gerar dados confiáveis para monitoramento e avaliação das ações;

Melhorar os indicadores de saúde bucal da população adscrita, entre 2003 e 2008.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para TANCREDI,

no setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. O planejamento é a ferramenta que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde. A ERP propicia a identificação das condições de vida da população do município e a maneira como ela se distribui pelo território. Sua importância maior reside no fato de evidenciar os problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Apresenta como resultado um mosaico de necessidades específicas a determinados grupos populacionais (TANCREDI, 1998, p. 85).

O SUS é atualmente uma realidade no Brasil, mas o fortalecimento da Atenção Primária torna-se imperativo para a efetividade do mesmo e da qualificação dos trabalhadores e conscientização da população adscrita. Em termos odontológicos, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. A cárie dentária é considerada a doença bucal mais prevalente na população e caracteriza, dessa forma, um problema de saúde pública. Na região sudeste a média de dentes atacados pela doença aos 12 anos é de 2,3 e entre 15 e 19 anos a média de dentes atacados pela cárie aumenta para 5,94 dentes. Ainda, de acordo com o SBBrasil, condições mais desfavoráveis para municípios com menos de 5 mil habitantes, onde a média de dentes atacados pela cárie aos 12 anos foi de 3,4 dentes, sendo o componente cariado responsável por 60,59% deste valor. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos de a média foi de 6, 89 dentes atacados pela doença e 40,64% deste valor relativo a dentes cariados (BRASIL, 2004).

Em KRAMER,

dados em nível nacional revelam alta proporção de pré-escolares que nunca procuraram atendimento odontológico. De acordo com a última PNAD, realizada em 2003, aproximadamente 80% de crianças menores de cinco anos nunca haviam realizado uma consulta odontológica. Essa baixa procura por atendimento odontológico relatada no presente estudo torna-se preocupante, pois revela a falta de uma política de incentivo e apoio às medidas de atenção odontológica precoce, tanto por parte da população, como por parte do setor público. A primeira consulta odontológica deveria servir como uma estratégia para reduzir a prevalência e as seqüelas de problemas bucais, bem como os custos com serviços de intervenção em saúde (Kramer, 2008, p.151).

Segundo MARTINS,

durante as últimas duas décadas houve um marcante declínio da experiência de cárie em crianças e jovens, e uma proporção crescente de crianças livres de cárie em muitos países industrializados do mundo. A causa com maior evidência científica desse fenômeno é a adição de flúor nos dentifrícios. Bastos et al. atribuem ao binômio fluoretação de águas de abastecimento público e uso de dentifrícios fluoretados a modificação do perfil epidemiológico da cárie dentária no Brasil (Martins, 2006, p.1037-1038)

No Brasil, a Lei Federal nº 6.050 (24/05/1974) e o Decreto nº 76.872 (22/12/1975) determinam os parâmetros para a fluoretação das águas de abastecimento. A presença de flúor na água de abastecimento e o tempo que essa fluoretação é realizada efetivamente afetam diretamente o CPO-D. Por exemplo, na região sudeste, aos 12 anos em cidades com água fluoretada o CPO-D é de 2,03 e nas cidades sem fluoretação da água de 3,10 (BRASIL, 2004). O mais alarmante é quando são avaliados os componentes do índice CPO-D isolados, ainda tendo como base a região sudeste, verifica-se que na ausência do flúor na água, aos 12 anos, o percentual do componente C chega a 50,65% superando o componente O que é de 43,23%. Nas localidades onde se tem água fluoretada a situação é diferente, o componente C compromete 37,44% dos elementos dentais e o componente O é igual a 56,65%. Lembrando ainda que em áreas com água fluoretada, a diferença na prevalência de cárie entre classes sociais diminui bastante (BRASIL, 2004)

Para ALMEIDA,

A Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde. E mais o Ministério da Saúde expõe que a avaliação é essencial na atenção básica, sendo o Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) instrumentos de gestão importantes para subsidiar as tomadas de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos. O SIAB é um sistema de informação que registra os procedimentos coletivos, atividades educativas em grupo e visitas domiciliares, ações estas realizadas comumente na ESF. Em termos odontológicos, o SIAB não fornece informações detalhadas sobre as ações coletivas, sendo registrado apenas o total de procedimentos coletivos do PSF. Esses documentos e informações permitem melhor avaliação do que está sendo feito e registrado no município no que diz respeito aos procedimentos preventivos e coletivos em saúde bucal, apresentando-se como instrumento auxiliar em todo processo de planejamento das ações desenvolvidas pelos profissionais (ALMEIDA, 2008, p. 2131-2132).

Entretanto mais que buscar informações e produzi-las de forma concisa e íntegra, a humanização do atendimento é prioritário para o sucesso da Estratégia de Saúde da Família e para a efetividade da Atenção Primária à Saúde que tanto se busca. A vinculação da equipe de saúde com o planejamento local e com os princípios básicos da atenção primária, além da participação dos gestores torna-se imprescindível para alcançar os objetivos do SUS. Para NORO et al.

o acesso aos serviços de saúde deve ser pensado na perspectiva de um serviço humanizado, desenvolvido por uma equipe de saúde bucal efetivamente vinculada aos interesses da população, que tenha como grande objetivo proporcionar, junto com os gestores dos serviços públicos de saúde, condições adequadas para melhoria das condições de saúde bucal não apenas por intermédio de medidas individuais. É fundamental que gestores e profissionais de saúde formulem políticas públicas que não se restrinjam a aspectos como atendimento clínico e prevenção de doenças, estimulando a população na luta pela conquista por melhores condições de vida, viabilizando equidade no acesso aos serviços e desenvolvendo uma gestão coletiva das ações de saúde (NORO, et al., 2009, p.788-789).

4 METODOLOGIA

Elevado a condição de município em 1.954, Moeda está localizada na região central do estado de Minas Gerais, distando 60 km de Belo Horizonte com acesso pela BR 040. Sua área territorial é de 155,01 Km² e sua população é de 4.642 habitantes (SIAB-Sistema Informação Atenção Básica, 2008). Somando zona urbana e rural, 52,3% da população têm entre 20-59 anos, 17,3% de idosos (maiores de 60 anos), 16,8% adolescentes (10-19 anos) e 13,6% de crianças (0-9 anos). Apresenta ainda rede de abastecimento de água tratada e fluoretada cobrindo 43,14% da população e rede de esgoto para 29,13% da população (SIAB, 2008). Sua atividade econômica tradicional é a pecuária, com aplicação na agroindústria de pequeno porte como a de laticínios, doces, alambiques e comércio.

Moeda dispõe de dois distritos (Sede e Vila Coco) e doze povoados, todos na área rural: Contendas, Moeda Velha, São Caetano da Moeda, Pedra Vermelha, Coqueiro de Espinhos, Bela Vista, Azevedo, Barra do Gentio adscritos no PSF Pedra Vermelha e Marinho da Serra, Goiabeira, Pessegueiro e Porto Alegre adscritos no PSF Porto Alegre.

Os dados deste estudo são referentes apenas ao PSF Pedra Vermelha, onde foram realizadas as aferições deste trabalho. Pedra Vermelha é uma pequena localidade situada a 7 km do centro de Moeda e constitui a sede da unidade de saúde de PSF, denominada assim PSF Pedra Vermelha, dividido em cinco micro áreas. O PSF Pedra Vermelha atende a demanda de oito povoados situados nas imediações, o distrito de Vila Coco, além de parte da população do centro da cidade (Sede) perfazendo um total de 2.539 habitantes. O território apresenta três escolas rurais dispersas: Escola Municipal Getúlio Vargas (Coqueiro de Espinhos), Escola Municipal Domingos Antunes Vieira (Azevedo), Escola Municipal Mário Delfino (Vila Coco), e ainda população adscrita que estuda nas duas escolas do centro: Escola Estadual Senador Melo Viana e Escola Municipal Cláudio Pinheiro de Lima. Na figura 1, serão apresentados dados da população adscrita pelo PSF Pedra Vermelha.

Faixa etária	n
Menor de 1 ano	36
1 a 4 anos	141
5 a 6 anos	70
7 a 9 anos	130
10 a 14 anos	226
15 a 19 anos	184
20 a 39 anos	709
40 a 49 anos	351
50 a 59 anos	278
Mais de 60 anos	414

Fonte: SIAB/ Dezembro 2008

Figura 1. População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha. Moeda, 2008.

Na figura 2 serão apresentados dados das famílias cobertas por abastecimento de água.

Área	Abastecimento de Água			Destino de Fezes e Urina		
	Rede pública	Poço ou nascente	Outros	Sistema de esgoto	Fossa	Céu aberto
Micro 1	86	93	1	22	154	4
Micro 2	0	126	1	0	124	3
Micro 3	0	157	0	0	151	6
Micro4	0	153	0	1	124	28
Micro5	164	4	0	156	10	2

Fonte: SIAB/Dezembro 2008

Figura 2. Número de famílias cobertas por abastecimento de água e destino de fezes e urina, segundo a modalidade e micro área. Moeda, 2008.

A reestruturação do modelo de atenção odontológico do município de Moeda parte do Plano de Saúde Bucal. Foi realizado o levantamento das necessidades de tratamento odontológico nos escolares de Moeda nos anos de 2003 e de 2008, no qual a população alvo

passa por um exame clínico normatizado, mas extremamente simples e rápido. Este levantamento tem o objetivo de categorizá-los para a racionalização do atendimento, respeitando suas particularidades, além de estruturar um banco de dados para fundamentar um planejamento adequado das ações, estipulação de metas, e principalmente para avaliação destas ações.

Nestes levantamentos foram avaliados escolares da rede municipal de ensino, composta por quatro escolas na zona rural e duas escolas centrais. Com o perfil epidemiológico da população de 5-18 anos do município conhecido, as ações dirigidas a esta faixa etária foram planejadas e a busca das metas propostas. (Quadro 1).

Quadro 1. Escolas municipais e estaduais, sua localização, característica do ensino, número total de escolares matriculados e número de alunos pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha. Moeda, 2003 e 2008.

Escola	Característica do ensino	Localização	Total de escolares		Escolares pertencentes à Pedra Vermelha	
			2003	2008	2003	2008
E. M. Joaquim Rodrigues de Moura	Ensino fundamental	Povoado Pessegueiro	62	69	0	0
E. M. Mário Delfino	Ensino fundamental	Povoado Vila Coco	47	40	47	40
E. M. Getúlio Vargas	Ensino fundamental	Povoado Coqueiro de Espinho	54	56	54	56
E. M. Domingos Antunes Gomes	Ensino fundamental	Povoado Azevedo	47	41	47	41
E. M. Cláudio Pinheiro de Lima	Ensino fundamental	Centro	293	320	82	98
Escola Estadual Senador Melo Viana	Ensino fundamental e ensino médio	Centro	359	381	222	249

Fonte: Secretaria Municipal de Educação (SME)/Moeda 2008.

Os escolares foram classificados de acordo com o número de elementos dentais cariados observados ao exame visual. Utilizou-se ficha específica de levantamento de necessidades (vide anexo 1) seguindo as orientações do anexo 2. O exame foi realizado nas próprias escolas, com os alunos sentados em cadeiras escolares, sob luz natural e com a utilização de espátula de madeira. O levantamento de necessidades foi realizado por apenas um examinador devidamente calibrado.

A quantidade e qualidade de intervenção necessária em cada unidade, às metas de cada equipe, a seleção dos escolares que necessitam de tratamento curativo, organizando o acesso destes ao atendimento e ainda encaminhar diretamente os pacientes que não necessitavam de tratamento curativo para os procedimentos preventivos individuais.

As necessidades de tratamento foram classificadas de acordo com o número de elementos dentais envolvidos: o código N1 representa o número um em prioridade de tratamento em função da maior gravidade de sua situação bucal, necessitando maior intervenção curativa e demandando mais horas clínicas do cirurgião dentista, em contrapartida, o código SN representa os “sem necessidade” de intervenções curativas, demandando assim uma abordagem de promoção de saúde, que foi feita pela Técnica em Saúde Bucal (TSB) no consultório. No quadro 2 será apresentada a classificação completa adotada pela equipe.

Quadro 2. Classificação das necessidades de tratamento. Moeda, 2003 e 2008.

Código	Condição
N1	acima de 6 dentes cariados (a presença de resto radicular ou de elemento necessitando tratamento endodôntico já enquadram o estudante em N1)
N2	de 4 a 5 dentes cariados
N3	até 3 dentes cariados
SN	sem necessidade de tratamento curativo

Para organizar o fluxo deste atendimento individual contamos com o suporte das equipes de saúde da família que organizam o fluxo dos pacientes que não estão na comunidade escolar, reconhecendo que desta forma estaremos caminhando a passos largos em direção a saúde integral da nossa população.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Levantamento Epidemiológico realizado em Moeda em 2002, o CPO-D aos 12 anos era de 3,05 e apenas 43,14% da população tinham acesso à água fluoretada, fato este que corrobora os achados do levantamento nacional quanto à região sudeste em municípios de cinco mil habitantes e sem fluoretação de água. Este dado ressalta a necessidade de atenção por parte das autoridades para com o tratamento e fluoretação das águas de abastecimento público e do saneamento básico.

A classificação dos escolares de acordo com a necessidade de tratamento (N1, N2, N3 e SN) nos anos de 2003 e 2008 será apresentada nas figuras 3 e 4.

Escola	N1		N2		N3		SN	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
E. M. Mário Delfino	7	3	11	8	21	16	8	13
E. M. Getúlio Vargas	7	6	16	5	22	27	9	18
E. M. Domingos Antunes Gomes	4	2	16	6	16	19	11	14
E. M. Cláudio Pinheiro de Lima	7	2	11	3	35	24	29	69
E. E. Senador Melo Viana	1	0	19	2	121	57	81	190
TOTAL	26	13	73	24	215	143	138	304

Fonte: Levantamento de necessidades da Equipe de Saúde Bucal em março de 2003 e 2008.

Figura 3. Número absoluto de alunos por necessidade de tratamento nas escolas pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha nos anos de 2003 e 2008. Moeda 2003 e 2008.

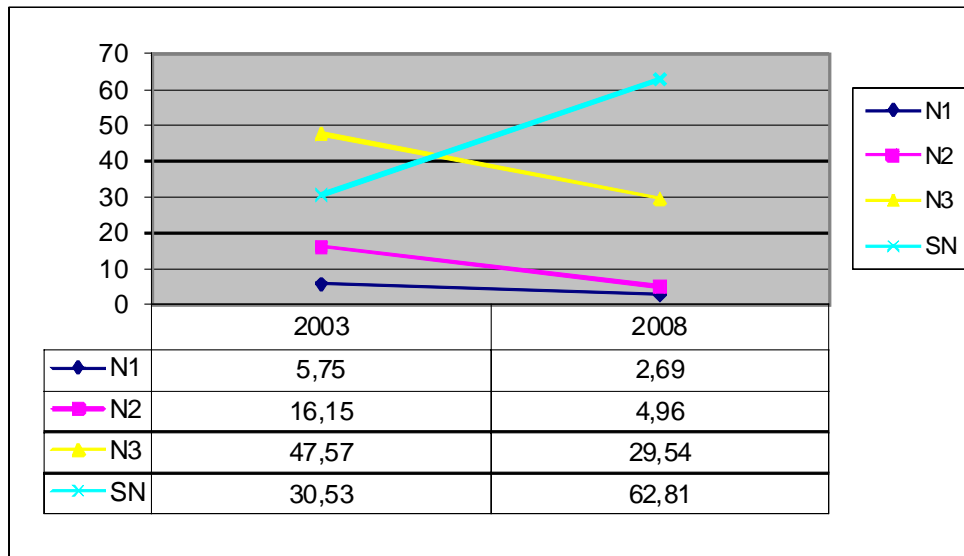


Figura 4. Distribuição percentual das necessidades de tratamento dos escolares adscritos ao PSF Pedra Vermelha em 2003 e 2008. Moeda 2003 e 2008.

Houve uma diminuição na prevalência da doença cárie ao longo desses anos, mesmo com um incremento no número de alunos adscritos ao PSF Pedra Vermelha, de 452 para 484, um incremento de 7,2%, e uma redução de 53,28% no número de escolares N1 entre os anos de 2003 e 2008. A redução do N2 é ainda mais significativa com 69,29% e do N3 de 37,9%. Mais impressionante é o incremento obtido no SN de 105,73%.

Avaliando as escolas isoladamente, nota-se que nas unidades urbanas, Escola Municipal Cláudio Pinheiro de Lima e Escola Estadual Senador Melo Viana, os resultados foram mais expressivos quando comparados aos resultados das escolas da zona rural, Escola Municipal Mário Delfino, Escola Municipal Getúlio Vargas e Escola Municipal Domingos Antunes Gomes (figura 5).

Escolas	N1	N2	N3	SN
zona rural				
	49,63%	14,57%	10,47%	90,95%
E. M. Mário Delfino	(Redução)	(Redução)	(Redução)	(Aumento)
	17,36%	69,86%	18,36%	92,80%
E. M. Getúlio Vargas	(Redução)	(Redução)	(Aumento)	(Aumento)
	42,66%	57,02%	36,13%	45,88%
E. M. Domingos Antunes Gomes	(Redução)	(Redução)	(Aumento)	(Aumento)
zona urbana				
	76,11%	77,18%	46,62%	99,07%
E. M. Cláudio Pinheiro de Lima	(Redução)	(Redução)	(Redução)	(Aumento)
	100%	90,65%	58%	109,13%
E. E. Senador Melo Viana	(Redução)	(Redução)	(Redução)	(Aumento)

Figura 5. Percentual das necessidades de tratamento (redução ou aumento) nas escolas da zona rural e urbana pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Pedra Vermelha nos anos de 2003 e 2008. Moeda 2003 e 2008.

Nas escolas da zona rural verificou-se melhora, entretanto menor que a observada nas escolas da zona urbana. Talvez a ausência de água fluoretada e a possível situação de privação social, que aquelas crianças estejam inseridas, tenham contribuído para esse resultado (MELO e ANTUNES, 2004).

Cabe ressaltar que a E. E. Senador Melo Viana recebe escolares de todo o município a partir da quinta série, ou seja, pré-adolescentes a partir dos 11 anos de idade. Nesse contexto, os resultados positivos alcançados por essa escola podem servir de base para a continuidade do programa de reorganização da atenção primária na saúde bucal, desenvolvido no período do projeto. Graças ao Plano de Saúde Bucal e o empenho da equipe de saúde bucal do município, a doença cárie foi controlada na faixa etária de 11 a 18 anos, entre os anos de 2003 e 2008.

6 CONCLUSÃO

Houve uma melhora nas condições de saúde bucal dos escolares de Moeda – MG entre os anos de 2003 e 2008.

A ferramenta usada para o levantamento de necessidades mostrou-se adequada para o planejamento das ações em saúde bucal.

O Plano de Saúde Bucal parece ter tido um resultado positivo com relação aos indicadores de saúde bucal da população estudada.

7 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

A condição de saúde bucal dos escolares hoje é uma realidade e por meio de dados reais e confiáveis são passíveis de monitoramento constante, redimensionamento do atendimento e avaliação das ações executadas, o que resultou numa melhora dos indicadores de saúde bucal da população adscrita entre 2003 e 2008. Estes índices são muito favoráveis e positivos para um período de seis anos e devem-se ao enfrentamento do problema, esforço e dedicação da Equipe de Saúde Bucal e apoio da Prefeitura Municipal.

Mostra-se claramente que a utilização de um instrumento de planejamento, a elaboração de uma programação local e o monitoramento são capazes de produzir frutos e estimular a equipe a pensar e porque não dizer a realização da tão almejada municipalização, com o município assumindo a sua condição de fomentador de políticas públicas de saúde e adequando o macro projeto do ESTADO à realidade local.

Este trabalho demonstra como a utilização do levantamento de necessidades, é capaz de subsidiar um planejamento baseado na realidade epidemiológica e verificar possíveis alterações nos índices de necessidades ocorridas nos últimos seis anos. Representa a primeira tentativa de um estudo sistemático sobre as condições de saúde bucal dos escolares deste município que ainda tem uma carência no atendimento, mas que inicia uma busca de excelência para a saúde bucal para essa população por meio do uso das ferramentas da epidemiologia, elaboração de plano de ação e busca do pensar ao invés de simplesmente repetir o que vem sendo feito.

Esse trabalho demonstrou como a reorganização da atenção primária a saúde bucal no município de Moeda - MG, utilizando uma população de fácil acesso, os escolares, e recursos epidemiológicos simples para a avaliação das condições de saúde bucal podem ser efetivos para uma mudança positiva na saúde bucal. O “conhecer a realidade” e o monitoramento de um programa de intervenção podem alterar a realidade local. Estes dados corroboram que a reorganização das ações de saúde bucal no município, o monitoramento dos resultados e o impacto das ações na qualidade da saúde bucal torna-se vital para alterar uma realidade social.

Inicialmente escolhemos os escolares por estarem mais disponíveis e historicamente

serem o grupo populacional onde se alocava a maior parte dos recursos. Ainda temos muito a evoluir para que o princípio da universalidade seja cumprido, aumentando o acesso aos serviços odontológicos a grupos da população que atualmente encontram-se descobertos. Por exemplo, existe uma carência no acesso aos serviços das crianças menores de cinco anos de idade que apresentam índice elevado de cárie na dentição decídua, dos adultos com problemas periodontais e dos edêntulos. Mas como fazer? A partir do momento em que conhecemos a ferramenta operacional do levantamento rápido de necessidades, entendemos que a epidemiologia pode ser uma grande aliada, e por meio dela uma forma de planejar-coordenar-controlar o atendimento e o planejamento estratégico, os novos desafios a serem superados.

Aos menores de 5 anos buscar formas de maior acesso a eles, talvez em conjunto com a enfermagem, na puericultura ou nas campanhas de vacinação além de uma pactuação e doação maior dos profissionais envolvidos, na tentativa de levar maiores e melhores informações às famílias. Já os adultos, urge a necessidade de se implementar os atendimentos especializados de atenção secundária, e para tal a contratação e adequação dos ambientes de trabalho. No ano de 2008 foi realizado um levantamento de necessidades destes, seguida da APS bucal no primeiro semestre e a efetivação de ações especializadas como endodontia, periodontia e prótese total, no último semestre, mas infelizmente o trabalho foi cancelado, com a perda, inclusive, de alguns profissionais.

Outro fator que vale uma ressalva é a promoção da saúde bucal, com palestras voltadas aos grupos operativos vinculados ao PSF Pedra Vermelha, aos alunos do ensino básico, fundamental e médio. Essas palestras são de muita participação social e levam além do saber a forma de utilizar este saber através de demonstrações ao vivo em macro modelos. Além de uma articulação intersetorial saúde/educação: partindo-se do pressuposto de que o estímulo ao autocuidado em saúde bucal perpassa por um processo educativo, poderia ser interessante uma parceria com escolas abordando temas relativos à saúde bucal em feiras de ciências, por exemplo. Assim não se teria uma abordagem diretiva, mas os próprios alunos partiriam em busca da construção de um saber, uma vez que o fato de contar com o apoio pedagógico de professores na elaboração de palestras educativas já funcionam como um fator “agregador” do binômio saúde-educação.

Propor um trabalho interdisciplinar com a enfermagem, medicina, por exemplo, no campo da alimentação/nutrição enfocando aspectos relativos à alimentação no que se refere à

saúde geral e bucal. Assim contextualizaríamos a saúde bucal com a saúde geral dos escolares. A questão da higiene bucal também pode ser abordada como um processo de autocuidado relativo à saúde geral, como componente para um bem-estar.

Uma outra parceria muito interessante seria o desenvolvimento de trabalhos junto com a psicologia: onde poderiam ser abordados os impactos das condições bucais nas relações sociais dos escolares, constrangimento ao sorrir, ao tirar fotos, enfim, o que é socialmente limitante dentro do universo de representações e significados para os escolares. Visando ainda a redução da ocorrência de odontalgia que provoca queda do rendimento escolar, faltas às aulas, etc. A família deveria fazer parte do trabalho.

A realização da escovação supervisionada nas escolas não pode deixar de acontecer, pois desde 2004 é realizada quatro vezes ao ano por profissionais da equipe odontológica (Cirurgião Dentista, TSB, Auxiliar Saúde Bucal) e diariamente é feita pelos professores, motivada por uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde com a Secretaria Municipal de Educação.

Em parceria com a companhia de saneamento e abastecimento (COPASA) realizar exames de laboratório da água distribuída na zona urbana do município e caso a mesma não esteja com índice de fluoretação correto corrigi-lo e realizar um amplo projeto de saneamento para as zonas rurais que muitas vezes não apresentam nem fossa para retenção dos dejetos. Nestas áreas que não recebem água tratada e fluoretada efetivar uma distribuição de dentifrício fluoretado para as famílias na tentativa de reduzir a prevalência de cárie.

Ainda nessa linha, outra questão que não se relaciona aos escolares, mas aos menores de cinco que não recebem escova por não estarem nas escolas: como teriam acesso à escova, pasta? Na primeira consulta odontológica? Através das agentes de saúde? Acredito que os agentes comunitários de saúde (ACS) poderiam ter um papel mais ativo nessa questão da saúde bucal e, como adentram os lares, poderia nos dar uma realimentação dessa questão: aí vêm novamente a interdisciplinaridade e o compartilhar papéis e saberes. Eles seriam capacitados pelo CD a realizar a distribuição e escovação supervisionada nas famílias adscritas.

REFERÊNCIAS

ALVES de SÁ, L.C., VASCONCELOS, M.M.V.B. Levantamento das necessidades odontológicas em crianças de 12 anos da zona urbana do município de Verdejante – PE. **Revista CRO PE.**, v.7, n.4, p.325-329, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília: Ministério da Saúde, p.10, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal/ Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 24 p. il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), p.5-6, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 68 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2004.

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

ESCOLA de SAÚDE PÚBLICA do ESTADO de MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretos da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde, Belo Horizonte, oficina 1 e 2, p.83, 2009.

MATHEUS da SILVA, E.V., SILVA, S.F. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.40, p.7-13, 2007.

MELLO, T.R.C., ANTUNES, J.L.F. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v.20, n.3, p.829-835, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal.** Belo Horizonte: SAS/MG, p.13-63-79, 2006.

NESCON/UFMG. **Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde/ Horácio Pereira de Faria...(et al.), Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 64p. il. + 1 DVD.- (Educação a Distância). p.29, 2008.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.557-567, 2003.

PERES, S.H.C.S. et al. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.13, Sup. 2, p.2155-2162, 2008.

PIGOZZO, M.N. et al. A importância dos índices em pesquisa clínica odontológica: uma revisão da literatura. **Revista Odontologia UNICID**. v. 20, n.3, p.280-287, 2008.

Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2010.

SOUZA, C. Governo e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.431-442, 2002.

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

TANCREDI, F.B. et al. **Planejamento em Saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 1998.

Anexo 2

Instruções para preenchimento do quadro de levantamento:

1. Observar o preenchimento correto dos campos: escola, turno, série, sala/professora, examinadores, data, nome do aluno e idade;
2. O campo **ND** deverá ser preenchido com o nº total de dentes presentes e **NDP** com o nº de dentes permanentes;
3. O campo **CP** corresponde ao nº de dentes permanentes com lesão cariosa e o **cd** o nº de dentes decíduos com lesão cariosa.
4. O campo **TU** (tratamento de urgência), é para ser assinalado com um X caso o escolar apresente: restos radiculares, dentes com necessidade de extração, abscessos, fístulas, dor, dentre outros;
5. **LP** corresponde ao nº de dentes com lesões profundas;
6. **MB** deverá ser assinalado com um X caso o escolar apresente dentes com Manchas Brancas;
7. **PV** deverá ser assinalado com um X caso o escolar apresente dentes com Placa Visível;
8. **CG** deverá ser assinalado com um X caso o escolar apresente cálculo gengival.