

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

Hérica Maris Martins Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO ELABORADO PARA
ORGANIZAR AS ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA
ESF GILDA BATISTA DE SARZEDO TENDO COMO BASE O
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL**

LAGOA SANTA /MINAS GERAIS

2014

Hérica Maris Martins Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO ELABORADO PARA
ORGANIZAR AS ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA
ESF GILDA BATISTA DE SARZEDO TENDO COMO BASE O
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL**

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

Orientadora: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

LAGOA SANTA /MINAS GERAIS

2014

Hérica Maris Martins Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO ELABORADO PARA
ORGANIZAR AS ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA
ESF GILDA BATISTA DE SARZEDO TENDO COMO BASE O
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL**

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

Orientadora: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Banca Examinadora

Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - Orientadora

Profa. Ana Cristina Borges de Oliveira - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 11/06/2014

DEDICATÓRIA

**Dedico, com todo carinho, este trabalho ao meu querido Luiz Paulo da Silveira
Borges.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades.

À minha família pelo apoio.

Agradeço ao Luiz Paulo pela força, amor, dedicação.

À minha orientadora, Fernanda, pela disponibilidade.

À equipe de saúde bucal do município de Sarzedo.

À secretaria de saúde pela viabilização de alguns de nossos projetos.

À toda população de Sarzedo que colaborou com nossos trabalhos.

“Não é preciso entrar para a história para fazer um mundo melhor”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para a equipe de saúde bucal da ESF Gilda Batista. Em Sarzedo/MG. O plano de ação foi elaborado a partir dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal do município de Sarzedo dos anos de 2009 e 2012. Para fundamentação teórica, realizou-se uma busca junto a SciELO e LILACS; a partir da Biblioteca Virtual NESCON, Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo e, também, documentos do Governo Federal. A busca foi por artigos publicados em língua portuguesa no período de 1988 a 2012. A ESB Gilda Batista é responsável pelo atendimento a 9387 pessoas, indo contra os 4000 preconizados pelo Ministério da Saúde, resultando num CPOD médio de 13.02, o pior índice no município de acordo com o inquérito realizado em 2012. O plano de ação foi realizado de modo a identificar estratégias capazes de enfrentar o problema da precária saúde bucal da população adscrita através da promoção e informações de saúde bucal, trabalho em equipe, melhorias na gestão municipal e atividades voltadas aos escolares da zona rural. O levantamento epidemiológico demonstrou ser uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações da ESB Gilda Batista com base nas necessidades da população. Espera-se que o plano de ação contribua para gestão do sistema de saúde do município e conseqüente melhoria na prestação do serviço.

Palavras chaves: Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico. Programa Saúde da Família (PSF). Planejamento em Saúde. Inquéritos de Saúde Bucal.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention for ESF Gilda Batista -Sarzedo/MG.'s Health team oral. Plan of action was drawn from epidemiological surveys of oral health in the municipality of Sarzedo 2009 and 2012. For theoretical foundation , carried out a search at SciELO and LILACS , from the Virtual Library NESCON , Integrated Library System , University of São Paulo , document of the Federal Government. The source was for articles published in portuguese from 1988 to 2012. ESB Gilda Batista is responsible for serving 9387 people going against the 4000 recommended by the Ministry of Health, resulting in an average CPOD of 13,02 , the worst record in the city according to the survey conducted in 2012 .This plan of action was conducted in order to identify strategies to address the problem of poor oral health of the enrolled population through the promotion and oral health information , teamwork , improvements in municipal management and activities aimed at school children countryside. The epidemiological survey proved to be a fundamental tool for planning actions of Gilda Batista ESB based on the needs of the population. It is expected that the action plan will contribute to management of the health system of the municipality and the consequent improvement in service delivery.

Key words: Oral Health. Health Surveys. Family Health Program. Health Planning. Dental Health Surveys.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Problemas priorizados----- | 24 |
| Quadro 2: Descritores do problema ----- | 26 |
| Quadro 3: Operações desenhadas----- | 27 |
| Quadro 4: Recursos críticos identificados ----- | 30 |
| Quadro 5: Propostas de Ações estratégicas----- | 31 |
| Quadro 6: Plano operativo para enfrentamento do problema ----- | 33 |
| Quadro 7: Avaliação do plano de intervenção ----- | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - agentes comunitários de saúde

ASB - auxiliar de saúde bucal

CMS - conselho municipal de saúde

EPI - equipamento de proteção individual

ESB - equipe de saúde bucal

ESF - equipe de saúde da família

MS - ministério da Saúde

OMS - organização mundial de saúde

PSF - programa saúde da família

SIAB - sistema de informação da atenção básica

SCIELO - scientific electronic library online

SMS - secretaria municipal de saúde

SUS - sistema único de saúde

TSB - técnico em saúde bucal

USF - unidade de saúde da família

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 15 |
| 3 OBJETIVOS | 16 |
| 4 METODOLOGIA | 17 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 6 PROPOSTA DE AÇÃO | 21 |
| 6.1 Descrição do problema | 21 |
| 6.2 Priorização dos problemas | 24 |
| 6.3 Seleção do problema | 26 |
| 6.4 Nós críticos | 27 |
| 6.5 Desenho das operações | 27 |
| 6.6 Recursos críticos | 30 |
| 6.7 Ações estratégicas | 31 |
| 6.8 Plano Operativo | 33 |
| 6.9 Controle das práticas adotadas | 34 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 35 |
| REFERÊNCIAS | 36 |
| ANEXO1 | 40 |
| ANEXO2 | 41 |

1 INTRODUÇÃO

O município de Sarzedo localiza-se na Região Metropolitana de Belo Horizonte. O seu povoamento teve maior impulso com a implantação da Estrada de Ferro Central do Brasil, linha do Paraopeba. O município foi emancipado através da Lei nº 12.030, de 21 de dezembro de 1995. Em 1º de janeiro de 1997 tomaram posse os primeiros Prefeito e Vice-Prefeito e a primeira Câmara Municipal. Atualmente a área rural representa um importante papel na constituição do município. Possui um importante papel na economia, visto que de suas propriedades saem produtos provenientes da agricultura familiar que abastecem parcialmente a cidade e também outras regiões.

O município possui cerca de 7.592 famílias sendo 81,3% de crianças entre sete e 14 anos na escola; 95,3% a partir de 15 anos. Um total de 21,8% da população possui plano de saúde; 1,1% de famílias estão cadastradas na bolsa família; 94,74% possuem tratamento de água no domicílio. A maioria das residências (99,5%) é favorecida por coleta pública de lixo; 98,4% possuem abastecimento de água da rede pública. A população usuária de assistência à saúde do SUS é de 78,1%. Sarzedo conta com uma população de 28.597 habitantes, e sua concentração habitacional consiste em 5,44% rural e 94,56% urbano, totalizando, aproximadamente, 8.200 domicílios e famílias. A renda média da população fica entre um a três salários mínimos (SIAB, 2012).

A grande maioria da população trabalha na mineração, nas plantações de hortigranjeiros e também no transporte rodoviário, empregando motoristas e cobradores.

O município conta com os seguintes níveis de atenção: atenção básica e de média complexidade. Não é capaz de responder totalmente aos problemas de saúde da área de abrangência, pois mesmo o nível de média complexidade, policlínica, não possui aparato suficiente, como profissionais capacitados e em harmonia com o nível da atenção básica, insuficiência no transporte de urgência, entre outros, para atender a demanda que cresce a cada dia mais.

A população conta com o Conselho Municipal de Saúde para solucionar seus problemas de saúde. É formado por 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores da rede, com 16 titulares e 16 suplentes em seu quadro constituinte e realiza uma reunião mensal.

O município possui sete equipes de Saúde da Família, sendo que seis contam com Equipe de Saúde Bucal (ESB): modalidade I: três unidades, modalidade II: três unidades. Na sétima unidade que ainda está em fase de implantação está prevista uma equipe modalidade II. As unidades funcionam de segunda a sexta-feira das 07 às 16 horas. As equipes são compostas por dentista, técnico em saúde bucal (TSB) quando da modalidade II, auxiliar de saúde bucal (ASB), médico generalista, pediatra, ginecologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS).

As atividades desenvolvidas nessas unidades são: palestras; consultas odontológicas; consultas clínicas; consultas ginecológicas; consultas pediátricas; consultas de enfermagem; visitas domiciliares e colocação de curativos. A população atendida é previamente cadastrada de acordo com a sua área de abrangência e os atendimentos são realizados através de consultas agendadas.

Mensalmente são ofertadas, em data pré-estabelecida e através de palestra, em torno de 25 vagas para tratamento odontológico para adultos entre 20 e 59 anos. Os pacientes não abrangidos por essa faixa etária são tidos como prioritários juntamente com os pacientes com necessidades especiais, diabéticos e hipertensos. Esse critério de agendamento é válido para todo o município e não considera as necessidades de cada local para que se faça a organização da agenda. Os grupos operativos são ofertados semanalmente, porém a assiduidade deixa muito a desejar, muitas vezes não comparecendo ninguém. As escovações e a distribuição de kit de higiene bucal nas escolas são feitas a cada três ou quatro meses pela TSB de cada unidade.

No município de Sarzedo, a “microrregião Brasília” é composta por bairro Brasília 1ª e 2ª sessões, bairro Santo Antônio e zona rural do “Capão da Serra”. Possui duas Unidades de Saúde da Família (USF), porém com somente uma ESB. Assim, essa é responsável por atender a população das duas unidades de saúde, resultando num total de 9387 pessoas. Porém, conforme a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Anexo 1 do Ministério da Saúde, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Isso mostra o alto grau de concentração de usuários sobre uma ESB. Logo, uma falta de acessibilidade, resolutividade e eficácia estarão presentes. Soma-se a isso a presença da zona rural do “Capão da Serra”, que por ser distante da USF, tem dificultado o acesso de sua população. As

dificuldades só aumentam quando o cirurgião dentista vai visitar a zona rural, deixando uma longa fila de espera e de usuários insatisfeitos sem atendimento na unidade de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O levantamento de necessidades populacional em saúde bucal tem grande relevância e importância. Possibilita conhecer a real necessidade da comunidade baseado em dados reais, indo além da observação.

Os profissionais, conhecendo a realidade da área em que trabalham, podem melhorar a forma de acesso dos usuários ao serviço, oferecendo um trabalho que seja de fato aquilo que os usuários necessitam. Dessa forma, esses profissionais tornam-se mais engajados e preocupados com a qualidade do atendimento prestado.

Este estudo pode contribuir para solucionar problemas de acesso; auxiliar na organização da agenda profissional; auxiliar na avaliação de planos de ação já realizados, bem como na elaboração de novos; trazendo uma nova visão da ESB sobre a necessidade do trabalho em equipe.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para organizar as atividades da ESB da unidade de saúde Gilda Batista em Sarzedo, de acordo com as necessidades da população, tendo como base o Levantamento de Necessidades de Saúde Bucal.

3.2 Objetivos Específicos

- Fazer uma revisão de literatura sobre levantamento de necessidades em saúde bucal, como suporte e justificativa da proposta;
- Discutir a importância do conhecimento das necessidades para o planejamento da assistência em saúde bucal;
- Elaborar uma proposta de atividades para a equipe de saúde bucal da ESB Gilda Batista do município de Sarzedo.

4 METODOLOGIA

Foi feita uma revisão de literatura, por meio da coleta de informações e dados, disponíveis em meio eletrônico. Como critérios de inclusão dos trabalhos consideraram-se os artigos na língua portuguesa, publicados entre os anos de 1988 e 2013. A pesquisa foi feita nas seguintes bases de dados: SciELO e LILACS; a partir da Biblioteca Virtual NESCON, Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo e também foram buscados alguns documentos do Governo Federal, através do site do Ministério da Saúde (MS). Os descritores utilizados foram: saúde bucal, levantamento epidemiológico, PSF, planejamento em saúde, inquéritos de saúde bucal.

O diagnóstico situacional do município de Sarzedo, realizado no período de julho a setembro de 2012, foi analisado e forneceu informações referentes à situação de saúde bucal da população. A partir dessas informações foi possível desenvolver o plano de ação, de acordo com Campos, Faria e Santos, (2008).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Em 1994, o MS criou o PSF, posteriormente alterado para Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia para aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), partindo da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997). Passou a ser, então, o principal meio de substituição das práticas tradicionais e estruturante da organização do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2000) mostraram que 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, o equivale a 18,5% de toda a população do país. O elevado número de agravos odontológicos na população levou o MS, por meio das Portarias n.º.444, de 28 de dezembro de 2000 e n.º 267 de 06 de março de 2001, a incentivar e regulamentar a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF (PALMIE, *et al.*, 2008).

A ESB é formada pelo cirurgião dentista, TSB e ASB. Dentro das várias atribuições do cirurgião dentista, além de realizar tratamentos integrais no âmbito da atenção básica, coordenar atividades coletivas promotoras e preventivas de saúde bucal, está a função de realizar inquéritos de necessidade populacional (BRASIL, 2011).

Os levantamentos de saúde bucal são uma importante ferramenta para dimensionar o estado atual da saúde bucal de uma população e suas prováveis necessidades de cuidados odontológicos. A partir de então, são produzidos dados confiáveis para que sejam desenvolvidos programas nacionais ou regionais de atenção bucal (World Health Organization- WHO, 1997).

[...] O inquérito de necessidades em saúde bucal mostrou ser um instrumento de utilidade no diagnóstico coletivo, simples e valioso na organização da atenção, conforme descrito na literatura. Sua melhor exploração na análise de resultados de intervenção possibilitará ajustes no planejamento e execução das ações de saúde bucal [...].

Belo Horizonte (2005, p.5).

O trabalho de Dumont *et al.* (2007) sugere que o levantamento de necessidades pode contribuir para priorização dos usuários com maiores necessidades, favorecendo, assim, cumprimento do princípio da equidade.

Segundo Sá (2005) e Alves de Sá *et.al.* (2008) os dados coletados por meio do inquérito de necessidades após análise é um instrumento relevante para o

planejamento de ações e para a organização do serviço odontológico. Oferece assim, melhores condições de saúde e assistência para a população de forma coletiva e individual.

Chaves e Vieira-da-Silva (2007) afirmaram que os dados epidemiológicos devem servir de base para futuras comparações entre a situação local e as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Piazzarolo et al. (2010) ressaltaram a importância do levantamento para a determinação do estado de saúde de uma população. Resende (2010) afirmou que o levantamento de necessidades contribui para a elaboração de um modelo de atenção focado no usuário e nas suas necessidades.

A utilização do levantamento de necessidades também é capaz de revelar condições da população idosa evidenciando se há uso de próteses ou se há necessidade das mesmas. Também mostra dados sobre o edentulismo, doença periodontal e lesões de mucosa. Um estudo desenvolvido em Rio Claro - SP indicou que os idosos investigados têm maior perda dentária e maiores necessidade de próteses que as demais faixas etárias. Dos 267 idosos examinados, 8,8% das mulheres possuíam 20 dentes naturais ou mais, enquanto isso ocorria em 28% dos homens; 43,1% tinham edentulismo (MESAS *et al.*, 2005). Segundo os autores são necessários programas de saúde bucal que atendam às necessidades específicas da população idosa.

Num levantamento epidemiológico feito em Goiânia- GO, verificou-se que as crianças de escolas públicas tinham piores escores de cárie, doença periodontal e anomalias dentoalveolares em comparação às crianças de escolas privadas, indicando que prioridades devem ser feitas com as populações de baixa renda (FREIRE *et al.*, 2010).

A significância de levantamento de dados passa, ainda, por avaliações de estudos que analisam progressivamente uma realidade em questão. Um estudo com adolescentes de 12 a 18 anos, em São Paulo, de 1998 a 2002, mostrou um declínio da cárie entre os adolescentes, sendo a maioria das necessidades de tratamento odontológicas identificadas, de baixa complexidade (GUSHI *et al.*, 2008).

Um levantamento epidemiológico feito em Paulínia-SP mostrou que as metas de saúde bucal propostas pela (OMS) para o ano de 2000, nas idades de 5, 12 e 18 anos, foram atingidas (GOMES, 2004). Os autores observaram um declínio da doença cárie na população escolar e pré-escolar. Destacaram importância do

conhecimento das condições de saúde bucal e do planejamento das ações odontológicas.

O primeiro inquérito nacional foi realizado em 1986 em 16 capitais. Os dados mostraram um CPO, aos 12 anos, de, aproximadamente, sete dentes afetados pela doença cárie, estando a maioria deles sem tratamento. O Projeto SB Brasil 2003 realizou um inquérito de saúde bucal e incluiu em sua pesquisa 26 capitais e o Distrito Federal, além de 30 municípios de cada uma das cinco regiões do país. Neste estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,78. No SB Brasil 2019, o CPO aos 12 anos ficou em 2,07, ou seja, uma redução de 26,2% em sete anos. Nos adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,25. Ao comparar o SBBRASIL 2010 e o SB Brasil 2003, a redução no componente “cariado” foi de 35% (de 2,6 dentes em 2003 para 1,7 em 2010) (BRASIL, 2010).

Esses levantamentos permitiram comparar o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, mostrando que a média brasileira está dentro de um valor intermediário de CPO. O índice do Brasil é melhor que a média dos países das Américas (2,1). A Venezuela possui índices semelhantes (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7). Conforme os resultados do SB Brasil 2010, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2010).

Magalhães (2009) evidenciou a importância do levantamento de necessidades e do reconhecimento do território em que se trabalha para um bom planejamento das ações de saúde bucal. Assim, se conhecerá as reais necessidades dos usuários. A partir desse diagnóstico, pode-se realizar um planejamento adequado de ações para as pessoas de maior risco, promovendo a equidade do atendimento.

6 PLANO DE AÇÃO

Segundo Fundação Oswaldo Cruz (2008, p.2,3),

“[...] Ainda que seja essencial a definição dos objetivos a serem alcançados, também é preciso evitar uma armadilha comum: que o processo de planejamento e o plano resultante fiquem restritos a simples declarações de como “o mundo deveria ser”. Um bom plano é testado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de se transformar apenas num exercício para quem planeja. Para passar no teste da prática, o plano deve estabelecer claramente de que forma operacionalizar as intervenções propostas e, se as condições para sua viabilização não estão completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las. Assim, não basta a um plano enunciar que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas. Até aí, esta é a expressão de um desejo. É necessário que o plano, em seu diagnóstico, identifique as razões de taxas altas de mortalidade e que sejam elaboradas estratégias para enfrentar estas causas [...]”.

A informação possui um importante papel no processo de planejamento. A partir das informações obtidas é possível fazer reflexões mais claras e avaliar as reais necessidades da população. Desse modo, ações poderão ser mais direcionadas e terem maior chance de sucesso. As informações adquiridas do município são utilizadas para planejar ações de promoção da saúde, avaliar trabalhos já realizados, grau de satisfação dos usuários e dividir experiências com outras unidades de saúde (CAMPOS *et al.*, 2010).

Conforme salientaram Campos, Faria e Santos (2008), o plano é uma etapa inicial do processo de planejamento. Tem como principal função dar orientação à equipe em relação aos trabalhos a serem executados. O planejamento é um processo mais elaborado, construído com base em informações obtidas no diagnóstico situacional e demais levantamentos. Visa dar direcionamentos às ações como uma forma de alcançar os objetivos.

6.1 Descrição do problema

Para conquistar uma melhora do atendimento em uma determinada população é preciso conhecer a vida de quem lá vive, absorvendo o máximo de suas necessidades (PALMIER *et al.*, 2008).

Como uma forma de conhecer a necessidade bucal populacional de Sarzedo realizou-se, em 2009, um inquérito de necessidades bucais no município por micro área, onde as informações coletas foram: nome, idade, sexo, renda familiar, telefone, quantidade de dentes cariados, perdidos obturados, necessidade de prótese, presença de doença periodontal e lesão de mucosa. Três anos após a finalização desse estudo nenhum outro levantamento foi realizado, tornando-se necessária a obtenção de novos dados sobre a saúde bucal populacional. As diversas mudanças no cenário político e desenvolvimento/crescimento municipal requerem uma nova avaliação da condição de saúde bucal do município, de modo a viabilizar um melhor planejamento em saúde bucal coletivo e individual.

Foi executado, então, em 2012, um novo levantamento epidemiológico. Esse levantamento evidenciou a sua importância para ter obter um panorama da realidade municipal em relação à nacional apresentada pelo SB Brasil2010 e, também, em relação ao levantamento realizado na cidade em 2009. Para obter-se uma amostra significativa da população utilizou-se uma amostragem total de 561 pessoas, sendo em média 93 de cada área de abrangência das seis ESB - Centro, Serra Azul, Gilda Batista, Vera Cruz, Masterville e Imaculada - correspondendo a 2,0% da população do município, proporcionalmente distribuídas nas faixas etárias atendidas pelas equipes.

Em relação à cárie dentária, os resultados apontaram que conforme a faixa etária aumentava, a proporção de indivíduos livre de cárie diminuía. O CPO-D na faixa etária onde está o grupo de 12 anos aumentou de 2,6 em 2009 para 3,5 em 2012 (grupos de referência trabalhados em Sarzedo), lembrando que a meta da OMS em 2000 era de um CPO-D menor que três.

Os resultados mostraram que os elementos perdidos, nas faixas etárias acima de 20 anos, aumentaram os valores do CPO-D em relação ao levantamento realizado em 2009. O grupo de 18 anos, que está compreendido na faixa etária de 11 a 19 anos, mostrou mais de 85% dos indivíduos com todos os dentes na boca. Segundo OMS em 2000, 75% da população brasileira, na faixa etária de 35 a 44 anos, teria que estar com 20 dentes ou mais na boca. No inquérito de 2012, mais de 90% da população de Sarzedo estava dentro destas condições. De acordo com levantamento em 2009, 100% da população da amostra, na faixa etária de 35 a 44 anos, tinham mais de 20 dentes na boca.

A meta da OMS em 2000 para a faixa etária de 65 a 74 anos era a de 50% da população com mais de 20 dentes na boca. Nas faixas etárias de 65 a 74 anos em 2009, 68,2% da população examinada tinham mais de 20 dentes perdidos na boca. Em 2012 essa faixa etária tem um índice de 56,2%.

A quantidade de cárie dentária e o índice de dentes perdidos aumentam progressivamente de uma faixa para a outra, exceto na faixa de 6-10 para a de 11-19, pois há troca dos dentes decíduos cariados pelos dentes permanentes ainda saudáveis. Há um aumento exagerado da faixa de 11-19 para a de 20-59 anos. Acredita-se que a causa seja o fato das políticas de prevenção, que até o ano de 2004, não incluíam essa faixa etária que corresponde à maior parte da população.

A faixa etária mais afetada com algum problema periodontal é a de 20 a 40 anos, sendo que 34,5% do total de indivíduos desse grupo têm algum comprometimento periodontal e 15,7% tem periodontite (comprometimento visível do periodonto).

Na faixa etária de 41 a 59 anos, 41,0% possuem algum comprometimento periodontal e 34,2% têm periodontite. Nos indivíduos acima de 60 anos, 22,8% foram identificados com algum comprometimento periodontal e 17,1% foram diagnosticados com periodontite.

A faixa etária que tem o maior número de indivíduos com doença periodontal (sem classificar o grau de severidade) é a de adultos jovens. Ao comparar-se os índices de 2012 com os de 2009, observou-se uma diminuição da prevalência de problemas periodontais na população.

Quanto ao edentulismo, os resultados obtidos mostraram que a população jovem (crianças e adolescentes) examinada nesta pesquisa, não necessita de nenhum tipo de prótese, segundo critérios estipulados (necessidade de prótese removível parcial ou total). Contudo, à medida que a idade aumentou, a partir dos 20 anos, aumentou-se a necessidade de prótese por parte dos pesquisados. Os indivíduos com mais de 60 anos foram os que apresentaram maior necessidade de prótese parcial ou total.

Quando comparado com o inquérito de 2009, os pacientes na faixa etária acima de 60 anos, têm uma maior necessidade protética, já que 13,8% dos indivíduos apresentaram necessidade de algum tipo de prótese.

Nos inquéritos de 2009 e 2012 procurou-se coletar dados referentes à lesão de mucosa. Houve um aumento de 51% dos casos quando os inquéritos foram

comparados. No inquérito de 2012, o número de casos concentrou-se na faixa etária de 41 a 59 anos.

A área de abrangência da ESF Gilda Batista, no bairro Brasília, foi a que apresentou o pior índice CPO-D (ANEXO_1), apontando necessidade de maior atenção da saúde bucal, levando-se em consideração o princípio da equidade, deve ser considerado de forma diferente dos demais, com estratégias específicas para atender sua população.

Tendo em vista a sobrecarga dessa unidade na área da saúde bucal, uma nova UBS, que contará com ESB, já está em fase de construção no bairro Brasília, possibilitando chances de melhoria dos índices de necessidades bucais da população local. No entanto, esse não é o único fator que levará à melhora dos índices, uma vez que para tal será preciso estabelecer estratégias de prevenção, adesão dos usuários à promoção e tratamentos em saúde bucal.

O esquema explicativo do problema (ANEXO_2) foi proposto para identificar as possíveis causas de geração do problema “sobrecarga da saúde bucal” na ESF Gilda Batista.

6.2 Priorização dos problemas

QUADRO 1: Problemas priorizados

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| <i>Alto índice de abandono das escolas</i> | ALTO | 5 | PARCIAL | 5 |
| <i>Violência na região</i> | ALTO | 6 | FORA | 5 |
| <i>Elevada presença de drogas</i> | ALTO | 10 | PARCIAL | 3 |
| <i>Alto nº de diabéticos, hipertensos, que não procuram a UBS.</i> | ALTO | 8 | PARCIAL | 2 |
| <i>Falta de recursos informatizados e audiovisuais na UBS</i> | MÉDIO | 4 | PARCIAL | 2 |
| <i>Falta de um segurança na UBS</i> | MÉDIO | 5 | PARCIAL | 4 |

| | | | | |
|---|-------|---|---------|---|
| <i>Médico pouco presente na UBS</i> | ALTO | 9 | PARCIAL | 3 |
| <i>Poucos grupos e palestras na UBS</i> | MÉDIO | 6 | DENTRO | 2 |
| <i>Fraca assistência/presença do carro da saúde na UBS</i> | MÉDIO | 6 | PARCIAL | 2 |
| <i>UBS não está conseguindo atender bem toda a sua área de abrangência: A Odontologia é a mais sobrecarregada.</i> | ALTO | 9 | PARCIAL | 1 |
| <i>Falta de materiais básicos</i> | ALTO | 8 | PARCIAL | 2 |
| <i>Necessidade de mais profissionais na UBS</i> | BAIXO | 3 | FORA | 5 |
| <i>Ausência de um gerente na UBS</i> | MÉDIO | 5 | PARCIAL | 4 |

Fonte: autoria própria (2012)

Os critérios utilizados para essas seleções foram a possibilidade maior desse problema colocado como “1” ser solucionado. Muitos problemas têm necessidade urgente de serem resolvidos, como é o caso da “Falta de materiais básicos”. Porém, como dependem, em sua maioria, da boa vontade do gestor, fica difícil de ser colocado como principal medida a ser combatida, já que ele se mostra inflexível.

Quanto ao problema “Falta de recursos informatizados e audiovisuais na UBS”, embora não seja tão importante, nem tão urgente, pode começar a ser resolvido parcialmente. Os recursos audiovisuais, como projetores de slide, televisão, ficariam devendo ainda, mas a implementação de um prontuário único poderá ser o caminho para começar a resolver a questão da informatização de arquivos. Isso, porque essa unificação poderá estimular os gestores a informatizarem os prontuários, que estarão mais organizados, por exemplo.

Os problemas “Alto nº de diabéticos, hipertensos, que não procuram a UBS” e “Poucos grupos e palestras na UBS” são importantes fatores a serem combatidos, pois é preciso estimular a participação de usuários de risco em grupos operativos. Como a interação entre a Equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde Gilda Batista não é das melhores, não é sabido se conseguiremos melhorar esses problemas como um todo. Porém, na área da Odontologia, área em que atuo, creio que, juntamente com a ESB, isso poderá dar alguns primeiros passos.

Os fatores “Fracá assistência/presença do carro da saúde na UBS” e “UBS não está conseguindo atender bem toda a sua área de abrangência: A Odontologia é a mais sobrecarregada” poderão ser parcialmente resolvidos com um maior auxílio ao setor da saúde bucal. Iniciamos um projeto que visa o atendimento a crianças da zona rural, o que pode aliviar um pouco a dentista da unidade. Como o carro da saúde teve que ser disponibilizado para essa atividade, esperamos que isso estimule sua maior presença na Unidade Gilda Batista.

6.3 Seleção do problema

Problema selecionado: ESF Gilda Batista não está conseguindo atender bem toda a sua área de abrangência: A Odontologia é a mais sobrecarregada.

QUADRO 2: Descritores do problema

| Descritores | Indicadores | Fontes |
|--|--|------------------------------------|
| Equipe de Saúde Bucal deve cobrir até | 6.900 habitantes | SUS |
| ESB da UBS Gilda Batista cobre | 9000 habitantes (aproximadamente) | Registro Equipe |
| Caderno de espera | Lotado | Registro Equipe |
| Urgências | Sempre aparecem todos os dias | Observação ativa |
| Reclamações de usuários | Frequentes | Observação ativa |
| Dificuldades com espaço na agenda para marcação de palestras | Demanda muito grande e constante na UBS | Observação ativa |
| Atendimento aos usuários da zona rural | Poucas vagas devido à grande demanda da zona urbana | Observação ativa |
| Falta de interesse dos usuários da zona rural | Pouco assistidos, devido à grande demanda da zona urbana, acabam por não procurarem muito o atendimento e, por vezes, faltam às consultas agendadas. | Registro Equipe e Observação ativa |

Fonte: autoria própria (2012)

6.4 Nós críticos

- Demora na entrega da nova ESF: ocasiona sobrecarga dos profissionais da atual unidade, dificultando o desenvolvimento de atividades coletivas, visitas domiciliares;
- Pouco interesse da gestão/administração pública na odontologia: se um gestor, por exemplo, não sabe como ou não tem muito interesse em destinar recursos para a saúde bucal, naquele momento, quem sai perdendo é a população de uma forma geral. No caso, se a verba não é bem direcionada, podem faltar unidades de saúde para atender toda a demanda.
- Falta de informação da população: uma população bem informada poderia não sobrecarregar uma unidade básica de saúde ou mesmo, uma equipe de saúde bucal. Como? Ela poderia não procurar “a urgência” quando seu caso não fosse urgente, sabendo esperar por uma palestra de acesso ao tratamento, por exemplo. Se os usuários cuidassem melhor dos seus hábitos de higiene bucal, da sua saúde corporal, da sua alimentação, removendo hábitos nocivos, talvez a demanda da UBS não ficasse tão grande.
- Falta de Atividades Coletivas: essas poderiam informar educar melhor os moradores, acerca de bons cuidados com sua saúde, mesmo que esses cuidados só passem por medidas preventivas. Se isso ocorresse, mais frequentemente e com aumento da adesão das pessoas, poderia gerar uma Promoção de saúde maior e melhor, possibilitando menos quantidade de pessoas procurando a UBS em busca de tratamento para suas enfermidades. Estas, muitas vezes, poderiam ser evitadas, caso os usuários fossem mais conscientes de seus hábitos de vida.

6.5 Desenho das operações

QUADRO 3: Operações desenhadas

| Nó crítico | Operação/projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|---|---|---------------------------------------|---|--|
| Não entrega da nova ESF <u>no prazo</u> | <i>Saúde já:</i> Trabalhar junto à população e equipes de saúde a importância de | Inauguração da nova unidade de saúde. | Estimular as pessoas a cobrarem dos gestores a entrega da | <u>Organizacionais:</u> Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, população, ACS, coordenação de saúde |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <u>estipulado</u> | cobrar dos representantes políticos a responsabilidade nos prazos de inauguração de obras em andamento. | | nova unidade, bem como outras obras | bucal e enfermagem. <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. <u>Político</u> : mobilização social em torno das questões, articulação Inter setorial. |
| Pouco interesse da gestão/administração pública na odontologia | <i>União Saudável</i> : unir primeiramente as equipes, através de diálogos e reuniões para mobilizar os gestores. | Estimular os gestores a investirem mais na saúde bucal, certos de que isso será interessante para eles também. | Investimentos os maiores na saúde bucal e campanhas de valorização da mesma. | <u>Organizacionais</u> : Trabalho em conjunto com secretaria de saúde, coordenação de saúde bucal, ESF, resultados de projetos, de grupos operativos. <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Político</u> : mobilização social em torno das questões, articulação Inter setorial, aprovação dos projetos; |
| Falta de informação da população | <i>Informa Saúde</i> : Divulgar de forma didática e interessante informações úteis sobre saúde, principalmente | Permitir que os moradores da região possam se informar melhor sobre | Pessoas mais participativas em atividades coletivas, mais interessadas | <u>Organizacionais</u> : Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, secretaria de saúde, locais para atividades coletivas; <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, |

| | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| | bucal. | saúde e se interessarem mais por esses assuntos. | s; queda dos indicadores de riscos à saúde da comunidade ; | folhetos educativos, brindes etc. <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e uso de práticas pedagógicas;. <u>Político</u> : mobilização social em torno das questões, articulação Inter setorial, e multiprofissional, aprovação dos projetos; |
| Falta de Atividades Coletivas | <i>Saúde Abrangente</i> : começar dando ênfase à zona rural, carente de assistências e, ao mesmo tempo, levar atendimentos como Tratamento por Restauração Atraumáticas (ART) em crianças, como forma de aproximar as crianças do dentista e estabelecer fortes vínculos com elas. | Com as práticas de promoção de saúde associadas ao ART, conquistar, principalmente as crianças, tornando-as aliadas do dentista | Associar o tratamento individual ao sucesso na atividade coletiva de promoção e prevenção de saúde. Por ser indolor, o ART pode deixar as crianças receptivas aos dentistas, facilitando a criação de laços afetivos. | <u>Organizacionais</u> : Trabalho em conjunto com escolas, coordenação de saúde bucal, secretarias de saúde e educação, e uso de locais para atividades coletivas; <u>Financeiro</u> : para aquisição de materiais de consumo odontológico,, folhetos educativos, brindes; <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e uso de práticas pedagógicas;. <u>Político</u> : mobilização social em torno das questões, e apoio dos gestores. |

Fonte: autoria própria (2012)

6.6 Recursos críticos

QUADRO 4: Recursos críticos identificados

| Operação/projeto | Recursos Críticos |
|-------------------------|---|
| Saúde Já | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, população, ACS, coordenação de saúde bucal e enfermagem.</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> |
| União Saudável | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com secretaria de saúde, coordenação de saúde bucal, ESF.</p> <p><u>Político</u>: articulação Inter setorial</p> |
| Informa Saúde | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, secretaria de saúde, locais para atividades coletivas;</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, brindes etc.</p> |
| Saúde Abrangente | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com escolas, coordenação de saúde bucal, secretarias de saúde e educação, e uso de locais para atividades coletivas;</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de materiais de consumo odontológico, folhetos educativos, brindes;</p> |

Fonte: autoria própria (2012)

6.7 Ações Estratégicas

Quadro 5: Propostas de ações estratégicas

| Operação/projeto | Recursos Críticos | Controle dos Recursos Críticos | | Ações Estratégicas |
|---|--|--|---------------------------------------|--|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| <p>Saúde já</p> <p>Trabalhar junto à população e equipes de saúde a importância de cobrar dos representantes políticos a responsabilidade nos prazos de inauguração de obras em andamento.</p> | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, população, ACS, coordenação de saúde bucal e enfermagem.</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> | <p>Equipe de Saúde da Família, diretores das escolas, secretário de educação.</p> <p>Secretário de Saúde</p> | <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p> | <p>Fazer questionário com comunidade para demonstrar interesse ao secretário.</p> |
| <p>União Saudável</p> <p>Unir, primeiramente, as equipes, através de diálogos e reuniões para mobilizar os gestores.</p> | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com secretaria de saúde, coordenação de saúde bucal, ESF.</p> <p><u>Político</u>: articulação Inter setorial</p> | <p>ESF, secretário de saúde e coordenador de saúde bucal.</p> <p>Secretário de saúde,</p> | <p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p> | <p>Apresentar índices de pobreza, desemprego e violência, associando-os com os</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | de educação, prefeito. | | índices de doenças presentes na comunidade . |
| Informa Saúde Divulgar de forma didática e interessante informações úteis sobre saúde, principalmente bucais. | <u>Organizacionais</u> : Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, secretaria de saúde, locais para atividades coletivas; <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, brindes etc. | ESF, diretores de escolas, secretários de saúde e educação. Secretário de saúde | Alguns são favoráveis e outros são indiferente s. Indiferente | Mostrar que aqueles usuários que participam de grupos operativos estão cuidando melhor de suas saúdes. |
| Saúde Abrangente começar dando ênfase à zona rural, carente de assistências e, ao mesmo tempo, levar atendimentos como Tratamento por Restauração Atraumáticas (ART) em crianças, como | <u>Organizacionais</u> : Trabalho em conjunto com escolas, coordenação de saúde bucal, secretarias de saúde e educação, e uso de locais para atividades coletivas; <u>Financeiro</u> : para aquisição de materiais de consumo odontológico, folhetos educativos, brindes; | ESB, restante da ESF, coordenado r de saúde bucal, secretários de saúde e educação e diretores de escolas. Secretário de saúde | Favorável Indiferente | Mostrar o quanto a zona rural é carente em atenção à saúde, tanto coletiva quanto individual. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| forma de aproximar as crianças do dentista e estabelecer fortes vínculos com elas. | | | | |
|--|--|--|--|--|

Fonte: autoria própria (2012)

6.8 Plano operativo

QUADRO 6: Plano operativo para enfrentamento do problema

| Operação/projeto | Recursos Críticos |
|------------------------------|--|
| <i>Saúde já</i> | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, população, ACS, coordenação de saúde bucal e enfermagem.</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> |
| <i>União Saudável</i> | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com secretaria de saúde, coordenação de saúde bucal, ESF.</p> <p><u>Político</u>: articulação Inter setorial</p> |
| <i>Informa Saúde</i> | <p><u>Organizacionais</u>: Trabalho em conjunto com escolas, secretaria de educação, secretaria de saúde, locais para atividades coletivas;</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, brindes etc.</p> |

Fonte: autoria própria

6.9 Controle das práticas adotadas

QUADRO 7: Avaliação do plano de intervenção

| | <i>Hoje</i> | <i>Após 2 meses</i> | <i>Após 6 meses</i> | | <i>Após 1 ano</i> |
|--|--|---|---|--|---------------------------------|
| DESCRITORES | INDICADORES | <i>Programas em vigor para mudar o Problema Selecionado</i> | <i>Produtos/ resultados já alcançados para cada descritor</i> | <i>Ações propostas estão resolvendo os descritores ? Como?</i> | <i>Situação dos descritores</i> |
| ESB da UBS Gilda Batista cobre | 9000 habitantes (aproximadamente), sendo que Equipe de Saúde Bucal deve cobrir até 6.900 habitantes. | | | | |
| Caderno de espera | Lotado | | | | |
| Urgências | Sempre aparecem todos os dias | | | | |
| Reclamações de usuários | Frequentes | | | | |
| Dificuldades com espaço na agenda para marcação de palestras | Demanda muito grande e constante na UBS | | | | |
| Atendimento aos usuários da zona rural | Poucas vagas devido à grande demanda da zona urbana | | | | |
| Falta de interesse dos usuários da zona rural | Pouco assistidos, devido à grande demanda da zona urbana, acabam por não procurarem muito o atendimento e, por vezes, faltam às consultas agendadas. | | | | |

Fonte: autoria própria (2012)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos é um empecilho para a melhoria da qualidade de saúde bucal, pois dentre os motivos conhecidos, como transporte, condição socioeconômica, também está o fato de que muitos municípios ainda não possuem ESB suficientes para atender toda a demanda da população (RODRIGUES *et al.*, 2010).

O primeiro passo para um cuidado adequado com a população é conhecer profundamente o território em que está inserido. Isso é importante para o processo de trabalho da equipe, de maneira a se estabelecerem prioridades. O conhecimento do território ajudará na caracterização dos usuários, da demanda da USF e possibilitará um foco sobre as reais necessidades daquela população específica. Dessa forma, os profissionais da saúde devem pesquisar, realizar passeios, conversas, realizarem visitas domiciliares, atividades coletivas e tudo o que for importante para se inteirar da realidade que o circunda (PALMIER *et al.* 2008).

O processo saúde doença não é determinado apenas pelo ter ou não doença, não se limitando a um processo fisiopatológico. O conceito de saúde é muito amplo, havendo vários determinantes/elementos que o norteiam, que o influenciam. Emprego, moradia, lazer, alimentação, relações sociais, condições de moradia, graus de escolaridade, condições geográficas, água, hábitos, estão entre esses elementos (WHO, 1986).

Qualquer mudança proposta na atenção em saúde bucal deve ser feita gradualmente, com participação da equipe de saúde e da comunidade. Sempre deve acontecer de forma a não se criar expectativas que não possam ser atendidas (SES/MINAS GERAIS, 2006).

A saúde bucal, na maioria dos municípios brasileiros, constitui ainda um grande desafio aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalização e à equidade do atendimento (GOMES *et al.*, 2004).

Sarzedo é município novo e tem muito a crescer e desenvolver. Desde sua emancipação em 1995, muito já se fez em relação à saúde e com engajamento da atual gestão podemos esperar ainda mais.

Assim, espera-se que o plano de ação venha a contribuir para ajudar na gestão nos diversos níveis de complexidade no Sistema de Saúde do município e conseqüentemente na melhora da qualidade de oferta dos serviços em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES DE SÁ et al. Levantamento das necessidades odontológicas em crianças de 12 anos da zona urbana do município de Verdejante-PE. **Odontologia. Clin. Científ**, Recife, 2008. out/dez, p.325 a 329.Vol 7(4).

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **O Inquérito de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte**. SMSA/MG, 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, Brasília, 1988.137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.886/GM de 18 de Dezembro de 1997**.

Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf. Acesso em 18 Maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais**. Brasília; 2004a [citado em 2014 Mar 6].

Disponível em:<http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid.htm>. Acessado em 02 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez anos de Saúde da Família no Brasil**. Informe da Atenção Básica. Ano V, v. 21, março/abril 2004b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe21.pdf>. Acesso em: 18 Maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto **SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**.Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – **Nova Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> – Acessado em 02 fev. 2014.

CAMPOS, F., C., C.; FARIA H., P.; SANTOS, M., A. Unidade Didática I: Módulo 3: **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte, Editora UFMG; NESCON/UFMG. 2010.

CHAVES, S.C.L., VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.23 no. 5 , maio, 2007.

DUMONT, A.F.S., et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v 13. Nº3, maio/junho 2008.

FREIRE, M.C.M., Reis, S.C.G.B., Gonçalves, M.M., Balbo, P.L., Leles, C.R. Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. 2010; 28(2): 86–91.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública. **Planejamento e programação em saúde**. 2008. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>. Acesso em: 19 Maio 2014.

GOMES, P.R. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3): 866-870 mai-jun, 2004.

GUSHI, L.L., et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. **Rev. Saúde Pública**, Piracicaba, 2(3): 480-6,2008.

MAGALHAES, M.A.S. **Utilização do levantamento de necessidades para o planejamento das ações de saúde bucal na área de abrangência do centro de saúde São José Operário, distrito sanitário leste de Belo Horizonte.**

[Monografia] UFMG, Belo Horizonte, 2009.

MESAS, A.E., ANDRADE, S.M. CABRERA, M.A.S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Rev. Bras. Epidemiologia**, Londrina, vol. 9 no. 4: 471-80, setembro, 2006.

OMS. Levantamento Epidemiológico Básico de saúde Bucal-Manual de instruções. 4ªEd. Genebra, 1997.

PALMIER, A. C.et al. **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** NESCON/UFMG-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PIAZZAROLLO, R.C.M. **Levantamento epidemiológico para o planejamento das ações de Saúde Bucal de uma Equipe de Saúde da Família de Governador Valadares.** [Monografia] UFMG, Belo Horizonte, 2010.

RESENDE, F.M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma Equipe de Saúde da Família.** [Monografia] UFMG, Belo Horizonte. 2010.

RODRIGUES, A. A. O.; BOMFIM, L. S. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família em Município do Semiárido Baiano (Feira de Santana): Organização e Micropolítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1,2010. 96-108 p.

SÁ, E. O inquérito de necessidades em saúde bucal. In: **Guia Curricular do curso de Técnico em Higiene Dental.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2005. P. 65-67.

Sistema de Informação da Atenção Básica—SIAB. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>>2012>.
Acessado em 22 Maio 2014.

VIANNA, L.A.C. **Processo Saúde-Doença**. UNA-SUS/ UNIFESP-Curso de Especialização em Saúde da Família, 2011. Disponível em:
<http://www.unasus.unifesp.br/?page_id=342>. Acessado em 02 Fev. 2014.

WHO. World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Disponível em:
<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>>.
Acesso em: 19 Maio 2014.

WHO. World Health Organization. (1997). **Oral Health Surveys**. Basic Methods. Genebra: WHO.

ANEXO 1: Resultados da Microrregião Brasília (Sarzedo-MG)

| | | IDADE | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------|-----------|--------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|-------|-----------|
| | | 0-5 | | 6 a 10 | | 11 a 19 | | 20 a 59 | | >60 | |
| Quantidade de indivíduos | | 9 | | 10 | | 15 | | 55 | | 7 | |
| Cariados total | decíduos | 30 | 30 | 42 | 29 | 10 | 0 | 142 | 0 | 8 | 0 |
| | Permanentes | | 0 | | 13 | | 10 | | 142 | | 8 |
| Perdidos total | decíduos | 2 | 2 | 12 | 12 | 8 | 4 | 513 | 0 | 206 | 0 |
| | Permanentes | | 0 | | 0 | | 4 | | 513 | | 206 |
| Obturados total | decíduos | 6 | 6 | 1 | 1 | 21 | 0 | 239 | 0 | 10 | 0 |
| | Permanentes | | 0 | | 0 | | 21 | | 239 | | 10 |
| CPOD/ceod | | 4.22 | | 5.50 | | 2.60 | | 16.25 | | 32.00 | |
| Necessidade de prótese | | 0 | | 0 | | 0 | | 27 | | 7 | |
| lesao mucosa | | 0 | | 0 | | 0 | | 9 | | 2 | |
| Problema periodontal | | 0 | | 0 | | 1 | | 28 | | 2 | |
| QUANTIDADE MÉDIA POR INDIVÍDUO DA AMOSTRA | | | | | | | | | | | |
| CPOD TOTAL = 13.02 | | 3,33 | cariados | 4,2 | cariados | 0,67 | cariados | 2,58 | cariados | 1,14 | cariados |
| | | 0,22 | perdidos | 1,2 | perdidos | 0,53 | perdidos | 9,33 | perdidos | 29,43 | perdidos |
| | | 0,66 | obturados | 0,1 | obturados | 1,4 | obturados | 4,35 | obturados | 1,43 | obturados |
| | | 27,82 | higido | 26,5 | higido | 29,4 | higido | 15,64 | higido | 0 | higido |

ANEXO 2: Mapa Conceitual do problema priorizado

