

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

**O USO DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DOS PACIENTES NO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE VARGINHA**

MICHELLE FAIOLI LOPES

CAMPOS GERAIS – MG

2012

MICHELLE FAIOLI LOPES

**RELATO DE EXPERIÊNCIA:
O USO DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DOS PACIENTES NO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE VARGINHA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do certificado de Especialista.

Professora Orientadora: Andréa Clemente Palmier

CAMPOS GERAIS – MG

2012

MICHELLE FAIOLI LOPES

**RELATO DE EXPERIÊNCIA:
O USO DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DOS PACIENTES NO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE VARGINHA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do certificado de Especialista.

Professora Orientadora: Andréa Clemente Palmier

Banca examinadora

Aprovada em Belo Horizonte -----/-----/-----.

CAMPOS GERAIS – MG

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família que me acompanhou em toda essa jornada. Obrigada pelos incentivos e pela admiração desse curso que agora tenho o orgulho de concluir;

Ao meu marido e ao Dinguinha pelo companheirismo, carinho, paciência e compreensão pelos momentos ausentes;

À Andréa Dias, minha amiga e companheira de viagem, com a qual dividimos ansiedades e alegrias;

Ao Nescon/UFMG que proporcionou o meu ingresso nesse curso de especialização, mudando a maneira de conduzir meus atos na prática odontológica e à minha orientadora Andréa Clemente Palmier pela orientação;

E finalmente a Deus, por proporcionar esses agradecimentos a todos que tornaram minha vida mais afetuosa, além de ter me iluminado e capacitado.

RESUMO

A saúde bucal é parte inseparável da saúde geral do indivíduo. Em 2000 o cirurgião-dentista foi incorporado à equipe de saúde da família com o objetivo de promover a saúde bucal da comunidade.

Para organizar o processo de trabalho, é necessária a utilização de instrumentos como levantamento epidemiológico e de necessidades. O levantamento epidemiológico produz dados confiáveis para o planejamento e o desenvolvimento de programas e o levantamento de necessidades possibilita a definição de prioridades para que os indivíduos sejam tratados de acordo com o princípio de equidade.

O objetivo desse trabalho foi relatar a experiência do uso do levantamento epidemiológico e de necessidades como fator contribuinte para determinação do risco individual e organização da demanda de pacientes para o atendimento odontológico no município de Varginha.

Foi realizada uma revisão de literatura através de busca de artigos científicos no período de 1999 a 2011 no Google acadêmico, Lilacs, Scielo e também pesquisa de dados na secretaria de saúde, setor de saúde bucal do município de Varginha (modificado em 21/01/2011).

Observou-se que o levantamento epidemiológico e o de necessidades é de grande valia para a comunidade, pois concede subsídios importantes para que a equipe conheça a condição de saúde bucal da população e consiga planejar as ações de acordo com os resultados da pesquisa.

Palavras-chave: levantamento epidemiológico, odontologia, programa saúde da família, saúde pública.

ABSTRACT

Oral health is an inseparable part of the overall health of the individual. In 2000, in Brasil the dentist was incorporated into the family health team in order to promote the oral health of the community.

In order to organize the work process, it is necessary to use instruments such as epidemiological surveys and needs survey. Epidemiological survey produces reliable data for planning and developing health programs and the needs data makes possible the definition of priorities, so that the population would be treated according to the principle of equity.

The aim of this study was to report the experience of using epidemiological and needs survey as a contributing factor to determine the individual risk and organization of patient demand for dental care in the city of Varginha, Minas Gerais, Brasil.

A literature review was performed through scientific articles in the period 1999 to 2011 in Google scholar, Lilacs, Scielo and also research data on the board of health, oral health sector of the city of Varginha (modified 21/01/2011).

It was noted that the epidemiological and needs surveys are of great value to the community because it provides important support for the team to meet the oral health status of the population and can plan their actions according to the results.

Keywords: health survey, dentistry and family health program, public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Quadro 1: Resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 1989	16
Quadro 2: Resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 1996	17
Quadro 3: Resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 2003	18
Quadro 4. Critério e codificações segundo as necessidades de intervenção individual	30

LISTA DE ABREVIATURAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
CEO	Dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CPO	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
FUVAE	Fundação Varginhense de Assistência aos Excepcionais
IPC	Índice Periodontal Comunitário
IPEA	Instituto de Planejamento Econômico e Social
MS	Ministério da Saúde
ODONTOMAI	Odontologia materno–infantil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PNSB	Política nacional de saúde bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Justificativa	12
3. Objetivos.....	13
3.1. Objetivos Geral	13
3.2. Objetivos Específicos.....	13
4. Método.....	14
4.1. A atenção em saúde bucal no município de Varginha - MG	14
5. Revisão de Literatura.....	19
5.1. Levantamentos epidemiológicos nacionais	20
5.2. Levantamento de necessidades.....	26
6. Resultados e Discussão.....	28
6.1. O levantamento de Necessidades	28
6.2. Levantamento Epidemiológico	30
7. Considerações Finais	34
8. Referência bibliográfica	35
Anexos	37

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal tem um importante significado na saúde e no bem estar das pessoas. Boa saúde bucal representa uma melhor convivência social, melhores condições de mastigação, autoconfiança social, ou seja, melhor qualidade de vida. Quando a saúde bucal está comprometida, o sofrimento causado pelas doenças bucais pode afetar diversos setores da vida.

A descrição de saúde que consta no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde resume que a saúde não é meramente a ausência de doença, mas sim resultante de uma complexidade de determinantes, sobretudo sociais. Esta compreensão serviu para a elaboração da legislação referente à saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS) presente na Constituição de 1988 e na lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90) que afirma que saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2011).

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para aumentar a cobertura da atenção básica no país e reorganizar o serviço de saúde. Posteriormente, com a introdução de profissionais de nível superior (médico e enfermeira) foi constituído o Programa de Saúde da Família (PSF). O Cirurgião-Dentista só foi incorporado à Equipe de Saúde da Família em 2000 pela Portaria GM nº 1.444. Sua inclusão teve como objetivo aumentar as medidas preventivas, o acesso da população às ações em saúde bucal e garantir os investimentos na área curativa, contribuindo assim para a promoção de saúde dentro da comunidade (BRASIL, 2000).

Para Silveira Filho (2002 apud PAULETO;PEREIRA;CYRINO, 2004, p.123)

“O texto constitucional que formula o Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação, e outros textos normativos constituem as bases legais para as ações de saúde bucal no SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde, ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social”.

Para prestar uma melhor assistência à comunidade faz-se necessária a utilização de instrumentos que auxiliem na organização do processo de trabalho e que

facilitem o acesso dos usuários ao tratamento odontológico de forma imparcial sem deixar de lado a universalidade e a integralidade.

Por isso, executar um levantamento epidemiológico em saúde bucal é de grande importância, segundo Watt (2005) é possível realizar um melhor planejamento das necessidades odontológicas de um bairro, cidade, estado e até mesmo de um país.

Os levantamentos de saúde bucal fornecem uma base importante para estimar o estado de saúde bucal de uma população e suas necessidades futuras de cuidados odontológicos. Eles produzem dados básicos confiáveis para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais e planejamento do número e do tipo apropriado de pessoal (WHO, 1997).

O Ministério da Saúde (MS) realizou em 1986 o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal na zona urbana de 16 capitais. Após dez anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, apenas na população de 06 a 12 anos. No ano de 2000 o MS iniciou o amplo projeto de Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira.

Nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, os indicadores de saúde bucal definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são: CPO, ceo, IPC, perda de inserção, condição da mucosa bucal, fluorose dentária, condições e necessidades protéticas, oclusão entre outros.

Apesar da incontestável contribuição e importância das medidas epidemiológicas para a organização e planejamento dos serviços de saúde, os municípios possuem dificuldades para realizarem levantamentos epidemiológicos em saúde bucal periodicamente devido à falta de profissionais disponíveis para a calibração e coleta de dados, dessa forma, o levantamento de necessidades é mais fácil de ser realizado.

2. JUSTIFICATIVA

A falta de informação sobre a condição de saúde bucal da população é um problema para a atenção à saúde. Dessa forma, a realização de levantamento de necessidades possibilita organizar a demanda de pacientes garantindo assim a universalidade, o atendimento e o acesso aos serviços prestados pela equipe de saúde bucal dentro do PSF, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

O desenvolvimento de um programa integrado de saúde numa comunidade qualquer, exige que as condições de saúde e doença nessa comunidade sejam conhecidas. Esse conhecimento é necessário, entre outras coisas, para que se possa prever e planejar os recursos necessários ao atendimento da população. É justamente este o maior problema enfrentado pela minha equipe de PSF; fazer um planejamento adequado e satisfatório que consiga atender a tamanha demanda de pacientes.

Este trabalho ressalta a importância da utilização da epidemiologia como ferramenta para o aprimoramento dos serviços de saúde bucal e mostra um relato de experiência de levantamento de necessidades e levantamento epidemiológico do município de Varginha, MG.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o processo de um levantamento epidemiológico e de um levantamento de necessidades para organização da demanda de pacientes no atendimento odontológico na atenção básica em saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar estudo de revisão bibliográfica para analisar os métodos necessários para levantamento epidemiológico em saúde bucal.
- Realizar estudo de revisão bibliográfica para analisar métodos necessários para um levantamento de necessidades, visando à organização da demanda de pacientes no atendimento odontológico do município.

4. MÉTODO

Na primeira etapa do trabalho foi feita uma revisão bibliográfica narrativa através de buscas de artigos publicados no período de 1999 a 2011 no Google acadêmico, Lilacs, Scielo usando como palavras chave: acolhimento, classificação de risco, CPO, CPO-D, levantamento de necessidades em saúde bucal, levantamento epidemiológico, modelos assistenciais em saúde bucal, odontologia e programa saúde da família, políticas públicas em saúde. Essa revisão pretendeu situar a questão da importância dos levantamentos epidemiológicos e de necessidades. Serão apresentados, de forma breve alguns modelos existentes de organização da demanda em saúde bucal através de critérios de classificação de risco. Ao final, será descrita a aplicação de um modelo realizado em Varginha - MG, para auxiliar no planejamento das ações da equipe de saúde bucal.

O município de Varginha possui uma área de 396 km² e está situado no domínio geomorfológico do planalto Atlântico do sudoeste. Com cerca de 123.081 mil habitantes (IBGE, 2011), a cidade é a terceira maior do sul de Minas. Sua altitude máxima é 1.239m, no morro do Chapéu, e a altitude mínima é de 868m, na foz do córrego Tijuco. O município de Varginha está situado na bacia do rio Grande. Pelo município passa o rio Verde, que é formador do braço sul da represa de Furnas, juntamente com o rio Sapucaí. Assim como a microrregião, é uma área tipicamente produtora de café, sendo Varginha um centro de industrialização e comercialização desta produção para outros mercados de consumo. Junto com o café há o leite, que é também industrializado na cidade e região (IBGE, 2011).

O setor terciário ocupa 53,2% do total da população economicamente ativa, o setor secundário ocupa 34,3% e o setor primário 12,5%. Varginha é a terceira maior cidade em arrecadação de ICMS.

4.1. A atenção em saúde bucal no município de Varginha- MG.

Na década de 1980 o município de Varginha possuía um Departamento de Saúde inserido numa Secretaria de Promoção Social. Este departamento era coordenado por uma equipe que já contava com a presença de um cirurgião dentista. Este fato demonstrava a valorização da odontologia, dentro do contexto da saúde geral, numa época em que poucos municípios adotavam esta mesma conduta. Em 1989 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e a odontologia passou a ser um setor

dentro desta secretaria. Este setor foi então se desenvolvendo e mais profissionais (cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal) passaram a fazer parte da equipe. A coordenação do setor também investiu na capacitação destes profissionais oferecendo cursos de atualização e ainda especialização em Saúde Pública para duas turmas de dentistas, que aconteceram em 1994 e 1996 (SEMUS – Varginha, 2011).

Em 2000 a odontologia do município foi coroada com duas premiações:

1ª) Primeiro Lugar, entre 25 painéis expositores, no Congresso 2000 com o tema "A Promoção de Saúde Bucal no Novo Século nas Perspectivas Atuais e Futuras", promovido por Per Axelsson Oral Health Promotion Center associado ao Centro de Odontologia Preventiva de Karlstad-Suécia, que aconteceu em maio de 2000 no SESC em São Paulo;

2ª) Menção Honrosa pela apresentação do painel científico "Mudanças de atitude para melhoria de saúde bucal" durante o 17º Congresso Brasileiro de Odontopediatria promovido pela Associação Paulista de Odontopediatria, que aconteceu em agosto de 2000.

Tais premiações foram o reconhecimento de um esforço conjunto de toda a equipe do setor de saúde bucal. Atualmente o atendimento odontológico para a população do município de Varginha, no setor público, está dividido em Atenção Básica e Atenção Especializada (SEMUS – Varginha, 2011).

Atenção Básica:

- **Unidades Básicas de Saúde:** O município possui oito consultórios odontológicos, para o atendimento da população adulta e crianças menores que não frequentam escola ou creche onde são oferecidos procedimentos de dentística, exodontias e periodontia básica. Os casos de necessidade endodôntica, periodontal ou de prótese são encaminhados para clínica de Especialidades. A demanda é espontânea, sendo o primeiro dia útil do mês pré-determinado para agendamento de novas turmas por telefone.

- **Programa de Saúde da Família:** O Programa Saúde da Família é a estratégia de reorganização da atenção básica, com uma equipe de saúde bucal que realiza tratamentos e ações de promoção de saúde para a população adscrita. O município de Varginha conta com oito equipes de saúde bucal inseridas no Programa de Saúde da Família, cada equipe composta é por um cirurgião-dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Estes profissionais trabalham em tempo integral. O município de Varginha não possui profissionais habilitados com curso técnico em saúde bucal, impossibilitando a formação de equipes de saúde bucal do tipo II.

- **Escolas Públicas Municipais e Estaduais:** O Município possui 10 consultórios odontológicos em Escolas Estaduais, cinco em Escolas Municipais na zona urbana e um em uma Escola Municipal na zona rural. As escolas possuem consultórios odontológicos para atendimento dos alunos de ambos os turnos, manhã e tarde.

- **Procedimentos Curativos:** Após a realização de levantamento de necessidades em todos os alunos da escola, estes são organizados pela equipe de saúde bucal da escola, em grupos de alta, média e baixa atividade de cárie de acordo com critérios pré-estabelecidos.

A sequência do tratamento curativo-restaurador obedece dois critérios: idade e necessidade de tratamento. Inicia-se pelos alunos mais novos e com maior atividade de cárie. Casos de necessidade endodôntica, ortodôntica e periodontal são encaminhados para clínica de Especialidades, porém obedecendo calendário e critérios próprios.

- **Procedimentos Preventivos:** Os alunos que pertencem aos grupos de alta e média atividade de cárie recebem escovação supervisionada e aplicação de gel fluoretado, de forma diferenciada e de acordo com critérios pré-estabelecidos para cada grupo. Os procedimentos preventivos são realizados trimestralmente. Todos os alunos recebem escovas e cremes dentais para estes procedimentos.

- **Levantamentos Epidemiológicos:** A cada dois anos é realizado o levantamento epidemiológico de cárie dentária medida por meio do índice CPOD. Para este levantamento é designada uma equipe de dentistas que são capacitados e calibrados para a realização dos exames, após planejamento e composição de amostra. Os resultados obtidos são informados no SIA/SUS e são úteis para:

- Compor uma série histórica de dados (Anexo 1);
- Para avaliar o desempenho das estratégias preventivas adotadas no combate à cárie dentária;
- Auxiliar no planejamento de novas ações e/ou redirecionamento de serviços.

- **Creches Municipais:** Os atendimentos odontológicos das crianças das creches são realizados sempre no consultório odontológico de referência, que é o localizado mais próximo à creche. Os procedimentos são os mesmos planejados para a escola, e o cirurgião dentista reserva um dia por semana para o atendimento destas crianças.

As coordenadoras e recreadoras recebem capacitação para supervisionar os procedimentos coletivos, a escovação supervisionada é realizada diariamente em todas as crianças da creche.

Os odontopediatras do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – odontomai (Odontologia materno–infantil) - uma a duas vezes por semana atendem

nos consultórios referências das creches as crianças resistentes ao tratamento ou com grande comprometimento de cárie.

- **Trailer Odontológico:** Atualmente o Setor de Saúde Bucal conta com um trailer que possui dois consultórios. O trailer percorre a zona rural, permanecendo por um tempo determinado numa escola-sede, onde são realizados tratamentos curativos e preventivos na população residente naquela região. No início do ano o trailer dá suporte ao atendimento das escolas da zona urbana que não possuem consultório odontológico.

- **Serviço especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do trabalho (SESMT):** Consultório instalado na Secretaria de Obras para o atendimento odontológico curativo preventivo dos funcionários da Prefeitura e seus familiares.

Atenção Especializada:

- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO):** Através de projeto encaminhado ao Ministério da Saúde em 2004, Varginha foi contemplada com o Programa Brasil Sorridente implantando a Clínica de Especialidades Odontológicas.

O CEO do Programa Brasil Sorridente realiza os atendimentos de endodontia, ortodontia, prótese, periodontia e cirurgia. Além de atender às urgências, realizar diagnóstico bucal e atender os pacientes com necessidades especiais.

Pacientes encaminhados para endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes com necessidades especiais são provenientes das unidades básicas de saúde, PSF e das escolas públicas, através de protocolo próprio.

Os pacientes com necessidade ortodôntica são encaminhados pelos cirurgiões dentistas das escolas e passam por uma seleção de casos mais graves realizados pelos ortodontistas da clínica.

Os pacientes encaminhados para prótese são provenientes do PSF e Unidades Básicas.

Também está implantado nesta Clínica o Atendimento de Urgências Odontológicas, que são encaminhadas de todas as Unidades de Saúde, agilizando o serviço e facilitando o agendamento dos pacientes nas unidades básicas.

- **Projeto Respirar:** O Projeto Respirar faz o atendimento de paciente respirador bucal e conta com uma equipe multiprofissional formada por: dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e médico. As crianças são encaminhadas pelas escolas, PSF e também pelos médicos da rede.

- **Clínica Odontológica Materno Infantil - Odontomai:** A clínica Odontológica Materno Infantil tem como finalidade o atendimento às gestantes, crianças até 36 meses de idade e crianças até 6 anos resistentes ao tratamento.

-Pacientes com Necessidades Especiais: Pacientes alunos da Fundação Varginhense de Assistência aos Excepcionais (FUVAE) são atendidos em consultório próprio, dentro da FUVAE.

Pacientes com doenças infecto-contagiosas, cardiopatas, diabéticos e hipertensos descompensados são atendidos na policlínica central junto ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Pacientes que necessitam de tratamento sob anestesia geral - encaminhados para a triagem na Policlínica Dr. José Marcos e agendados no Hospital Bom Pastor.

- Consultório Portátil: Com o uso de equipamento odontológico portátil, é possível oferecer tratamento a pacientes acamados, junto ao Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), em programa de prevenção em campanhas públicas e ainda auxiliar no atendimento às creches. Uma vez por semana, o cirurgião dentista visita os acamados, juntamente com outros profissionais (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem). Nesta visita é feita a triagem dos acamados e quando é constatada a necessidade de atendimento odontológico os procedimentos básicos são feitos na própria residência, utilizando-se o consultório portátil. Quando necessário, os pacientes são encaminhados para o CEO para completar o tratamento.

- Laserterapia: Atendimento feito no Hospital Bom Pastor em pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia que apresentam quadros de mucosite e também em pacientes com quadros de herpes recorrente, dores orofaciais e parestesias temporárias.

- Plantão Buco-maxilo: Funciona no pronto-socorro do hospital Bom Pastor para pessoas com traumatismo buco faciais, 24 horas por dia, organizado com dois plantonistas, que seguem um rodízio mensal de 15 dias cada um.

Atualmente, o setor de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Varginha é considerado referência regional devido ao seu nível de organização. A coordenação está sempre atenta aos avanços científicos, tecnológicos e políticos da odontologia brasileira. O setor segue promovendo capacitação contínua de sua equipe profissional a fim de contribuir e garantir real melhoria nas condições de saúde bucal dos munícipes.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A epidemiologia pode ser entendida como a ciência que estuda a distribuição das doenças em uma determinada comunidade, levando em consideração diversas características ligadas à pessoa, ao tempo e ao espaço físico. Assim é possível determinar as medidas de prevenção e controle mais indicadas para o problema em questão como também avaliar quais serão as estratégias a serem adotadas e se as mesmas causaram impactos, diminuindo e controlando a ocorrência da doença em análise.

Last (1988) conceituou epidemiologia como o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde. Teixeira (1999) comentou que a epidemiologia surgia, tradicionalmente, como uma disciplina instrumental e subsidiária, responsável apenas pelo diagnóstico de saúde. Já Scliar (2003) elaborou seu próprio conceito de epidemiologia como sendo o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição de fenômenos ligados à saúde e à doença, bem como o uso deste estudo para melhorar as condições de saúde da população.

A Lei 8080 de 1990, em seu capítulo II, artigo sete, diz que, no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, deve haver a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, destinação de recursos e a orientação programática (GOLDBAUM, 1996; 12 (supl 2):95-8).

O MS (BRASIL, 2004) descreve a epidemiologia como a Ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando sua distribuição na população e os fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidades, danos ou problemas de saúde e de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual e coletiva, produzindo informação e conhecimento para apoiar a tomada de decisão no planejamento, na administração e na avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde.

Portanto, no campo da saúde coletiva, são inúmeras as aplicações do conhecimento epidemiológico, particularmente as que estão articuladas ao planejamento e à avaliação dos serviços de saúde. No caso brasileiro, os modelos assistenciais estabelecidos a partir do SUS têm colocado a epidemiologia como eixo estruturante para suas estratégias de gestão.

5.1. Levantamentos Epidemiológicos

A saúde bucal deve ser considerada como parte importante da saúde do indivíduo, por esta razão, os estudos epidemiológicos da cárie dentária e da gengivite, entre outras doenças da boca, são partes relevantes das questões de saúde pública; já que o diagnóstico e a prevenção dos problemas de saúde bucal são necessários para que se alcancem níveis mais saudáveis de vida para as populações humanas.

A história dos modelos assistenciais em saúde bucal é constituída por experiências nas quais houve a mera transformação da prática privada para o setor público (NARVAI, 1994) onde o atendimento, essencialmente individual e curativo reparador necessita da informação epidemiológica.

Experiências importantes têm sido desenvolvidas ao longo das três últimas décadas na tentativa de estabelecer uma metodologia uniforme para o estabelecimento de pesquisas e obtenção de dados primários. Tais experiências em âmbito nacional podem ser resumidas nos quatro grandes levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, conduzidos pelo Ministério da Saúde.

O índice CPO (número de dentes cariados, perdidos e obturados) tornou-se o mais utilizado dentre todos os índices odontológicos, desde sua publicação por Klein e Palmer em 1938, mantendo-se hoje como ponto básico de referência para o diagnóstico de cárie em populações e avaliação de programas de saúde bucal. O índice CPO mede a severidade da doença e, quanto maior o seu valor, maior é a experiência de cárie. Ao agregar os diagnósticos de dentes cariados, perdidos e obturados, o CPO incorpora as histórias anteriores e atuais da passagem da doença pela boca (BREILH, 1991).

Como em quase toda pesquisa científica, no levantamento epidemiológico também é praticamente impossível avaliar todos os elementos que compõem uma população de interesse de estudo, e isto se deve principalmente ao custo e tempo necessário para coletar dados de toda população. Como a finalidade do estudo é a população, então é retirada desta população uma parte representativa que chamamos de amostra e coletamos dados apenas desta amostra. Para representar bem uma população a amostra deve ter qualidade e quantidade (SILVA, 1998).

A qualidade se refere em como e onde selecionar os elementos da amostra. Onde: nas residências ou nas escolas. Como: por meio de sorteios, bairro ou residência, aluno, classe ou escola (SILVA, 1998).

Em relação à quantidade, o cálculo depende das características da população, da pesquisa, do grau de precisão desejado pelo pesquisador, do tamanho da

população, de como a amostra é selecionada (tipo de amostragem), e das possíveis perdas de elementos da amostra (SILVA, 1998).

Muitos são os índices utilizados para medir a ocorrência de cárie dentária. Segundo o MS (BRASIL, 2000) o índice CPO-D é o mais difundido e utilizado para conhecer a situação da cárie dentária numa determinada comunidade. Seu valor corresponde, em um indivíduo, a soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

A OMS recomenda a realização de levantamentos epidemiológicos das doenças bucais mais prevalentes com periodicidade entre cinco e 10 anos, sendo possível, desta forma, avaliar as condições de saúde para diferentes grupos populacionais. Logo, é necessário que haja uniformidade metodológica de procedimentos, entre os quais se cita a escolha da amostra de estudo, os critérios de avaliação, a calibração dos examinadores, os instrumentos utilizados e a apresentação dos dados, de modo a tornar viável a sua reprodutibilidade, validade e confiabilidade nas mesmas condições, em qualquer situação ou lugar (BRASIL, 2006).

Levantamentos epidemiológicos são utilizados para a avaliação da saúde bucal de determinadas populações, sendo de grande importância para criação de métodos promocionais e preventivos de saúde, e através destes torna-se possível diminuir a incidência e a evolução de determinadas doenças.

Enquanto que no âmbito internacional vários países detinham dados sobre cárie dentária desde as primeiras décadas do século XX, no Brasil, o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só foi realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, outros levantamentos foram conduzidos pelo MS em associação com entidades de classe, secretarias municipais e estaduais de saúde em 1996, 2003 e em 2010, quando foi finalizado o Projeto SB BRASIL; o maior e mais completo levantamento em saúde bucal já realizado no país. Em razão da sua importância para o conhecimento da situação de saúde bucal da população, um maior detalhamento de cada um desses levantamentos será apresentado a seguir.

5.1.1 Levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1986

Este foi o primeiro estudo da área de saúde bucal com abrangência nacional. Devido à escassez de recursos, foi realizado um levantamento epidemiológico limitado à zona urbana de 16 capitais selecionadas como representativas do total de 27, analisando-se a prevalência da cárie dental, da doença periodontal, das necessidades de prótese total, e da procura por serviços odontológicos (BRASIL, 1989).

A efetivação do Levantamento epidemiológico em saúde bucal por parte do MS teve o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA). E para a sua realização, três argumentos foram essenciais: primeiro, que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; segundo, que a evidência da demanda por serviços odontológicos é limitada, cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológicos e economicamente mais carentes; e em terceiro lugar, a possibilidade, à época, cada vez mais próxima e concreta, de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia para o qual esses subsídios seriam essenciais (BRASIL, 1989).

Dez grupos etários foram considerados para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos. Os problemas pesquisados e as informações obtidas de uma amostra de 25.407 pessoas em 16 municípios foram: cárie dental, doença periodontal, uso e necessidade de prótese total, acesso aos serviços odontológicos, avaliação socioeconômica.

Quadro 1: Resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 1989

Idade	CPOD	Percentual de contribuição do componente <i>Perdido</i> no CPO-D	Percentual de indivíduos com periodonto saudável
12 anos	6,65	13,18	
15 a 19 anos	12,68	15,20	28,76
35 a 44 anos	22,5	66,48	5,38
50 a 59 anos	27,21	85,97	1,33

Fonte: Brasil, 1989

5.1.2. Levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1996

Após dez anos do primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, o MS realizou o segundo levantamento em saúde bucal em parceria com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), e as secretarias estaduais e municipais de saúde. O segundo levantamento teve como objetivo a verificação das alterações ocorridas no perfil de crianças brasileiras, pesquisando a cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal, com o objetivo de obter um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS (BRASIL, 1996).

As escolas foram selecionadas aleatoriamente, em cada capital, sendo uma escola pública da periferia, uma escola pública de bairro e duas escolas do centro, sendo uma particular e outra pública. Ao todo, foram examinados quarenta escolares de cada idade, quatro escolas em cada capital, assim, 1.120 indivíduos por município, atingindo um total de 30.240 crianças em todo o país.

Quadro 2: Resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 1996

Idade	CPOD	Percentual de contribuição do componente <i>Perdido</i> no CPO-D
12 anos	3,06	9,42

Fonte: Brasil, 1996

5.1.3. Levantamento epidemiológico em saúde bucal de 2003

O Ministério da Saúde iniciou no ano 2000 uma discussão sobre a necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, e essa discussão levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio à sua execução identificado como SB BRASIL: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Este estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000 (BRASIL, 2004).

Tal projeto envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas – Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, faculdades de odontologia, além do decisivo suporte das secretarias estaduais e municipais de saúde. Aproximadamente 2 mil trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo. Sem considerar os ajustes necessários com vistas à expansão das taxas para a população em geral, a amostra obtida permitiu a produção de estimativas segundo as principais variáveis de estratificação previstas no projeto. A amostra pesquisada tornou os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas, além do próprio município para alguns agravos e faixas etárias (BRASIL, 2004).

O SB Brasil foi responsável pelo treinamento de aproximadamente 2 mil profissionais, entre coordenadores municipais, instrutores de calibração, examinadores e anotadores, divulgando e consolidando a prática do planejamento-avaliação das ações e dos serviços de saúde a partir de dados epidemiológicos.

Ao todo, foram utilizados seis idades-índice e grupos etários: 18 a 36 meses, cinco anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Foram pesquisados 250 municípios, 50 em cada região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), sendo 10 de cada porte populacional (até 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil de 10 a 50 mil, de 50 a 100 mil e mais de 100 mil habitantes).

Os pontos de coleta de dados foram em escolas e pré-escolas (20 por município) para 5 e 12 anos. Para adolescentes, adultos e idosos, os exames foram realizados em domicílios, tendo as quadras urbanas e/ou vilas rurais e os setores censitários como Unidades Amostrais Secundárias. Foram sorteados 10 setores por município acima de 50 mil habitantes. O tamanho da amostra foi calculado em função da média e do desvio-padrão da cárie dentária para cada região com correção para porte populacional. Para o treinamento e calibração foi adotada a técnica do consenso, com cálculo da concordância percentual e coeficiente Kappa para cada par de examinadores. O treinamento foi realizado para cada equipe local por instrutores treinados pelos coordenadores regionais. Níveis de concordância para cada agravo pesquisado foram estabelecidos.

Este levantamento gerou informações da real situação das condições de saúde bucal do brasileiro e serviu de subsídio para o planejamento e avaliação das ações de saúde bucal nos diferentes níveis de gestão do SUS.

Quadro 3: Resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 2003

Idade	CPOD	Percentual de contribuição do componente <i>Perdido</i> no CPO-D	Percentual de indivíduos com periodonto saudável
12 anos	2,78	6,47	
15 a 19 anos	6,17	14,42	46,18
35 a 44 anos	20,13	65,72	21,94
50 a 59 anos	27,79	92,25	7,89

Fonte: Brasil, 2004

5.1.4. Levantamento epidemiológico em saúde bucal de 2010

A epidemiologia em saúde bucal tem apresentado significativo crescimento no Brasil nos últimos anos, principalmente no planejamento e avaliação por parte dos serviços de saúde. Um longo caminho está ainda por ser percorrido até que tenhamos modelos assistenciais em saúde bucal nos quais o uso da epidemiologia seja um eixo estruturante. Mas é inegável o avanço nesse quadro, especialmente a partir da

implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – chamada de Brasil Sorridente (Roncali, 2010).

Percebemos que um importante acúmulo técnico e metodológico foi proporcionado por experiências anteriores, em 1986, 1996 e 2003. Todavia, tais estudos, embora tenham sido de grande relevância para a construção do perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira, tiveram pouca relação na perspectiva de se constituir em um elemento estratégico de um modelo de vigilância em saúde. O Projeto SB BRASIL 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal vem, portanto se estabelecer como a principal estratégia do eixo da Vigilância em Saúde Bucal da PNSB no que diz respeito à produção de dados primários de morbidade bucal, fazendo o papel do elemento norteador da política com relação aos principais agravos de saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, fluorose e edentulismo), auxiliando no desenvolvimento de ações preventivas de caráter coletivo e individual, bem como as ações reabilitadoras (BRASIL, 2010).

Com relação às suas características metodológicas e operacionais, o SB Brasil 2010 acompanhou os moldes semelhantes do projeto SB BRASIL 2003, de maneira a construir uma série histórica. O SB BRASIL 2010 foi uma pesquisa de base amostral, realizada nas 26 capitais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior (30 em cada macrorregião) de diferentes portes populacionais. Foram entrevistados e examinados em seus domicílios cerca de 50 mil pessoas de cinco grupos etários (5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos). Este estudo serviu para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e os riscos à saúde bucal (BRASIL, 2010).

A pesquisa apontou uma redução de 26% de cárie nas crianças de 12 anos desde 2003. Outro dado importante foi o número de crianças que nunca tiveram cárie na vida. A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%. Isso significou 30% a mais que em 2003. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, a queda do CPO foi ainda maior, passando de 6,1 em 2003, para 4,2 em 2010 - uma redução de 30%. Foram 18 milhões de dentes que deixaram de ser atacados pela cárie. Entre os adolescentes, 87% não tiveram perda dentária. A necessidade de prótese parcial (substituição de um ou alguns dentes) entre os adolescentes caiu 50%. A pesquisa apontou ainda, que melhorou o acesso da população adulta aos serviços; na população com idade entre 35 e 44 anos o CPO caiu 19%, passando de 20,1 para 16,3 em sete anos. Comparando os números de 2003 e 2010, houve redução de 30% no número de dentes cariados, queda de 45% no número de dentes perdidos por cárie, além do aumento de 70% no número de dentes tratados. Isso significou que a

população adulta teve maior acesso ao tratamento da cárie, o que resultou em menos dentes extraídos por consequência da doença. Graças à PNSB, o Brasil hoje faz parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2010).

5.2. Levantamento de Necessidades

O agendamento dos pacientes para tratamento odontológico tem sido um problema nos serviços públicos, devido à falta de critérios técnicos que orientem tal procedimento. Tradicionalmente, o acesso aos serviços de saúde bucal se dá através do atendimento de emergência ou por meio de filas de espera enormes, que fazem com que as pessoas desistam do tratamento ou sofram as consequências de suas necessidades acumuladas.

Não parece correto, atender um usuário sem intervenção cirúrgico-restauradora, e deixar de atender um usuário com dor aguda, somente porque o primeiro madrugou na fila ou tem o seu nome no topo de uma lista de espera (PIMENTEL; FERREIRA, 1998 apud DUMONT *et al.*, 2008).

Portanto, torna-se importante dar prioridade aquelas pessoas cujos casos clínicos apresentam maior severidade, porém qualquer mudança proposta na atenção em saúde bucal deve ser feita gradualmente, com participação da equipe de saúde e da comunidade, e sempre de forma a não criar expectativas que talvez, não possam ser atendidas (MINAS GERAIS, 2006).

Para Almeida, Alves e Leite (2006), a efetivação e aplicação dos levantamentos de necessidades nas rotinas dos serviços de saúde devem ter um fortalecimento das comunidades no processo de definição de prioridades e necessidades, tomada de decisões e desenvolvimento de redes sociais.

Os levantamentos de necessidades servem para orientar a coleta de dados para uma posterior análise e tomada de decisões no planejamento da assistência individual. É também um instrumento de vigilância epidemiológica e deve ser utilizado com a finalidade de planejamento das ações em odontologia, auxiliando o agendamento para o atendimento individual.

Os levantamentos de necessidades podem ser feitos no próprio serviço de saúde, em escolas ou creches, nos domicílios dos usuários, dentre outros. Nos levantamentos, os dados gerados são considerados necessários para se saber a prioridade e o tipo de serviço a ser disponibilizado. Os levantamentos epidemiológicos produzem dados mais precisos que os levantamentos de necessidades; no entanto, são mais complexos quanto à execução. Os levantamentos de necessidades requerem menos treino dos profissionais para sua realização, são mais fáceis e mais

rápidos de serem executados (PIMENTEL; FERREIRA,1998 apud DUMONT *et al.*, 2008).

Os levantamentos de necessidades colaboram para a preparação de um modelo de atenção centrado no usuário e em suas necessidades. Esse funciona como uma pequena percepção e co-responsabilização em relação às necessidades percebidas e significam um grande passo para a criação de vínculo, de solidariedade, e de sensibilidade em relação ao sofrimento do usuário. E ainda, contribui para o aumento da resolubilidade (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo a linha guia de atenção em saúde de Minas Gerais de 2006, o levantamento de necessidades introduz o princípio da equidade na atenção à saúde bucal, porque, define uma priorização do atendimento a partir da identificação de risco sob os pontos de vista social, biológico e subjetivo, com atenção voltada para a clientela com maior necessidade.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. O levantamento de necessidades:

O levantamento de necessidades em saúde bucal no município de Varginha é realizado uma vez ao ano por meio de coleta de informações básicas sobre o estado de saúde/doença e necessidades de tratamento visando o planejamento ou controle das ações de saúde bucal.

Tem como objetivos:

- Identificar as doenças e necessidades em saúde bucal de escolares de 5 a 14 anos através da prevalência e incidência;
- Determinar a gravidade das doenças bucais (cárie e gengivite) nos escolares de 5 a 14 anos;
- Subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal;
- Assegurar o processo de avaliação das ações estabelecidas e averiguar a eficácia e eficiência das medidas adotadas.

O quadro 4 apresenta os critérios utilizados pelas equipes para a codificação das necessidades em saúde bucal para intervenção individual.

Quadro 4. Critérios e codificação segundo as necessidades de intervenção individual:

Código	Descrição	Especificidade
0	Aparentemente não apresenta dentes permanentes e temporários cariados com cavidade que necessitem alguma restauração ou extração.	grupo de baixa atividade de cárie S- sadio D- desdentado R- apresenta restaurações
1	Aparentemente apresenta a cárie dentária sob controle e a presença de tártaro é o maior problema.	grupo de baixa atividade de cárie
2	Apresenta sintomatologia de dor aguda e/ou sinal evidente de maior gravidade na evolução da doença.	grupo de alta atividade de cárie Reclassificar após atendimento

3	Aparentemente apresenta até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restaurações ou extrações.	grupo de média atividade de cárie R- maior número de restaurações E- maior número de extrações
4	Aparentemente apresenta mais de 4 a 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restaurações ou extrações.	grupo de alta atividade de cárie R- maior número de restaurações E- maior número de extrações
8	Aparentemente apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restaurações ou extrações.	grupo de alta atividade de cárie R- maior número de restaurações E- maior número de extrações
9	Apresenta lesão de mucosa.	grupo de alta atividade de cárie

Depois é feita uma classificação por grupo (Anexo I), e são definidos os procedimentos preventivos para cada grupo.

Para o grupo de alta atividade de cárie são realizados os seguintes procedimentos:

- Coletivos: educação em saúde trimestral, escovação supervisionada semanal; aplicação semestral de gel fluoretado e controle de dieta;
- Individuais: exame clínico, profilaxia e tratamento; aplicação de selante ionomérico em primeiros molares em erupção de pacientes de 6 a 8 anos.

Para o grupo de média atividade de cárie são realizados os procedimentos:

- Coletivos: educação em saúde trimestral, escovação supervisionada mensal; aplicação semestral de gel fluoretado e controle de dieta;
- Individuais: exame clínico, profilaxia e tratamento; aplicação de selante ionomérico em primeiros molares em erupção de pacientes de 6 a 8 anos.

Para o grupo de baixa atividade de cárie são realizados os procedimentos:

- Coletivos: educação em saúde, escovação supervisionada trimestral; aplicação anual de gel fluoretado;
- Individuais: exame clínico profilaxia e tratamento.

O levantamento de necessidades além de determinar o risco individual, proporciona ao profissional uma quantificação do problema, com sua utilização, o profissional pode determinar seu plano de tratamento e planejar melhor sua resolutividade em cada usuário, melhorando e programando sua oferta de vagas dentro do seu processo de trabalho.

O levantamento de necessidade realizado em Varginha, MG é bastante simples e de fácil aplicação, dando a dimensão do que o cirurgião-dentista enfrentará em termos de atendimento, não levando em consideração o tamanho da doença por não dividir o risco por quantidade de elementos afetados, mas sim de acordo com a urgência.

6.2. Levantamento epidemiológico

A realização de censos (exames de todas as pessoas) raramente poderá ser concretizada, devido às dificuldades práticas e ao alto custo, podendo os profissionais optar por pesquisas amostrais, nas quais uma parcela da população representa o todo com a máxima fidelidade estatística possível. Para sistematização do processo de execução de um levantamento epidemiológico, serão descritas abaixo as etapas para o seu desenvolvimento.

Seguindo os padrões do método científico de trabalho, um levantamento epidemiológico deve ser desenvolvido em cinco etapas (Pereira, 2008):

- 1 - Determinação dos objetivos e desenho geral do estudo;
- 2 - Seleção da amostra;
- 3 - Calibração dos examinadores e testes de concordância;
- 4 - Preparação operacional do estudo;
- 5 - Condução dos exames, tabulação dos dados e apresentação dos resultados.

- Determinação do objetivo e desenho geral do estudo

O objetivo do levantamento epidemiológico é: conhecer a situação atual da doença cárie nas populações adscritas em cada Equipe de Saúde da Família, para planejar a atenção à saúde bucal e avaliar as mudanças no perfil da doença.

Os exames são realizados por cirurgiões-dentistas pertencentes às respectivas equipes de PSF (total de 12 equipes) e os demais recursos necessários providos pela Secretaria Municipal de Saúde, setor de saúde bucal.

- Seleção da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi usado o método que utiliza a prevalência estimada da doença estudada na população e aplicada a seguinte fórmula: $n = p \times q / E^2$

Onde:

n = tamanho da amostra

p = frequência da presença da doença (prevalência)

q = frequência da ausência da doença (1 - p)

ε = margem de erro aceitável

Considerando então a prevalência de cárie na população como sendo de 95%, temos $p = 95\% = 0,95$ e $q = 5\% = 0,05$. O erro padrão foi estabelecido em 1,5% ou $E = 0,015$. Temos então $n = 211$, que foi arredondado para 200 para serem examinados em cada uma das Equipes de Saúde da Família (total de 12 equipes).

Estas 200 pessoas foram distribuídas em sete intervalos de idade (cinco a nove anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 a 49 anos, 50 a 64 anos e 65 anos ou mais), em quantidade proporcional ao estimado em uma população.

Estas pessoas foram selecionadas aleatoriamente dentro da população adscrita em cada equipe, sendo que em cada grupo de idade examinada, metade era do sexo masculino e metade do sexo feminino. Se uma mesma família tivesse várias pessoas disponíveis para exame, apenas uma em cada grupo de idade era examinada. Os duzentos exames que foram realizados em cada equipe foram divididos pelo número de micro-áreas existentes na equipe, resultando numa quantidade específica de exames a serem realizados em cada micro-área. Esta quantidade de exames em cada micro-área foi distribuída pelos sete intervalos de idade e em todas as micro-áreas de abrangência da equipe. Todos estes cuidados devem ser tomados a fim de que a amostra seja representativa, do ponto de vista geográfico, demográfico e sócio-econômico.

-Calibração dos examinadores e testes de concordância

Uma etapa necessariamente prévia a todos os estudos epidemiológicos é a calibração dos examinadores. Conceitua-se calibração como sendo a repetição de exames nas mesmas pessoas pelos mesmos examinadores, ou pelo mesmo examinador em tempos diferentes, a fim de diminuir as discrepâncias de interpretação nos diagnósticos (WHO, 1993).

A padronização dos critérios de exame tem como objetivo reduzir a ocorrência de erros entre os examinadores. O primeiro passo consiste na discussão ampla dos critérios de exame, seguida por uma demonstração de como serão feitas as comparações. Cerca de dez pessoas são examinadas sucessivamente por todos os dentistas que fazem parte das equipes de PSF, ao examinar um paciente, o profissional não deve ter conhecimento dos resultados obtidos pelo colega que o

precedeu. A seguir são comparados os resultados discutindo-se eventuais diagnósticos distintos, formando então a uniformidade nos diagnósticos entre os examinadores.

-Preparação operacional do estudo

Os examinadores devem ser os cirurgiões dentistas responsáveis por cada Equipe de Saúde da Família e os auxiliares em saúde bucal são os anotadores e realizam as tarefas de apoio. Como não é recomendado a escovação dos dentes antes do exame, a secagem dos dentes e remoção de restos alimentares pode ser feitos com o auxílio de gaze, e os critérios para o exame são:

- a) os exames são realizados no domicílio, em local com iluminação adequada e que permita suficiente visualização dos dentes e tecidos bucais;
- b) realizar exame visual com auxílio de espátula de madeira e gaze;
- c) um mesmo dente não pode ser contado em mais de um componente do índice CPOD;
- d) dentes extraídos por razões como correção ortodôntica e traumatismo não devem ser contados como dentes extraídos;
- e) dentes restaurados em razão de traumatismo não devem ser contados como dentes obturados.

- Critérios de diagnóstico utilizados para o índice CPOD

- a) dentes presentes: contagem de todos os dentes, desde que qualquer parte esteja visível ou possa ser tocada com a espátula;
- b) dentes hígidos: são os dentes onde não existe cárie ou restauração, mesmo que apresentem manchas diversas por outras razões que não seja a cárie;
- c) dentes cariados: são aqueles onde existe lesão de cárie clinicamente óbvia, sem comprometimento pulpar;
- d) dentes com indicação de endodontia: apresentam cárie com comprometimento pulpar, mas com possibilidade de restauração;
- e) dentes obturados: onde há restauração feita com material definitivo e em condições satisfatórias;
- f) dentes extraídos: são os dentes ausentes, depois da sua época normal de erupção e que não tenham sido perdidos por trauma ou necessidade ortodôntica;
- g) dentes com extração indicada: com grande destruição coronária e que impossibilite restauração.

- Lesões de tecido mole e necessidade de prótese

Devido a grande importância que tem para a saúde e detecção precoce de lesões em tecido mole e da colocação de próteses para restabelecimento das funções bucais, foram incluídas na ficha de exame de pacientes adultos informações sobre estas condições.

Estes dados serão úteis no planejamento das ações curativas, preventivas e educativas da população assistida; e para o encaminhamento, quando necessário, para a atenção especializada ou serviços de referência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na odontologia a melhora da assistência, passa pela capacitação profissional, utilização de novas tecnologias que se adequam ao nosso processo de trabalho de forma que nunca se perca a orientação dos princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade sempre modeladas na participação popular.

Neste sentido, a utilização da classificação de risco em suas variações é uma possibilidade para organização do processo de trabalho dentro da demanda programada. Quanto mais os profissionais da odontologia se envolverem com a comunidade e os demais membros da equipe saúde da família, mais se harmonizam com o serviço, aumentando assim o vínculo com a comunidade, facilitando então as estratégias adotadas para a organização da demanda.

Assim, podemos concluir que o uso de instrumentos para classificar os riscos aos usuários dos serviços públicos de saúde é importante para a organização do processo de trabalho, se aplicando também para os serviços de odontologia. Então poderemos ter uma prestação de serviço universal e equânime, ao utilizarmos a classificação de risco para organização da demanda programada.

Com isto, a prática odontológica, quer pública ou privada, tem a possibilidade de ser fundamentada em novas perspectivas, visto que o resultado dessas ações pode alterar o perfil de saúde bucal da população.

Em Varginha, o uso do levantamento de necessidades permitiu um maior conhecimento da situação de saúde bucal de escolares, em áreas de difícil acesso e em áreas com acesso odontológico restrito; facilitou a identificação de grupos com polarização de doença; proporcionou a realização de maior número de exames em menor tempo, além de gerar dados aplicáveis a programação local de assistência a saúde bucal. O levantamento de necessidades está nos permitindo atender a enorme demanda de pacientes de forma rápida e eficiente, evitando a progressão da doença cárie e aparição de novos casos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único da saúde. **Revista A.P.S.**, Juiz de Fora, V.13, n.1, Jan/mar, 2006.
2. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: CD-MS; 1989.
3. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção a Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: primeira etapa: cárie dental; projeto. Brasília, 1996.
4. BRASIL. **Ministério da Saúde**, 2000a. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno1. Brasília (DF): departamento de Atenção Básica; 2000.
5. BRASIL. **Ministério da Saúde**, 2000b. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000: Anteprojeto para Discussão. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde Bucal, MS, 2000.
6. 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; 2004.
7. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica – n.17. Brasília – DF; 2006.
8. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB - Brasil – 2010.
9. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Seminário Nacional PRÓ- Saúde e PET- Saúde; 2011.
10. BREILH J. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. São Paulo: Editora UNESP; 1991.
11. GOLDBAUM M. Epidemiologia em serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 (supl 2): 95-8.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br/cidades />. Acesso em 12 de Dezembro de 2011.](http://www.ibge.gov.br/cidades/)
13. LAST J. M. **A dictionary of epidemiology**. New York: Oxford University Press; 1988.
14. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia – Atenção em saúde bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
15. PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
16. PIMENTEL, M.C., FERREIRA, RC. A escuta do paciente como instrumento de planejamento do processo de trabalho nos serviços odontológicos; a experiência do Centro de Saúde Paulo VI, Belo Horizonte, MG. Fortaleza: XIV ENATESPO; 1998. Apud DUMONT, A.F.D.; SALLA, J.T.; VILELA, M.B.L.; MORAIS, PC.; LUCAS,S.D. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.
17. Prefeitura do Município de Varginha – www.varginha.mg.gov.br
18. RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. **Cadernos de saúde Pública**, V.26, n.3, p.428-429, 2010.
19. SCLiar M. **Um olhar sobre a saúde pública**. São Paulo: Scipione; 2003.
20. SEMUS; Secretaria Municipal de Saúde,Varginha; 2011.
21. SILVA, NN. **Amostragem Probabilística**. São Paulo: Editora da USP, 1998.
22. SILVEIRA FILHO, A. D. A. 2002. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Brasil, Programa Saúde da Família. apud PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):121-130, 2004.
23. TEIXEIRA C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Rev C S Col** 1999; 4(2):287-303.
24. WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bull World Health Organ**. 2005 Set;83(9):711-8.
25. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID, 1993.
26. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

ANEXOS

Anexo I:**Demonstração de uma série histórica de dados realizado na Escola Municipal Santinha Salles, na cidade de Varginha, Minas Gerais.**

Ano	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco	Total de Alunos
2005	66	119	235	420
2006	64	148	237	449
2007	92	194	186	472
2008	112	167	141	420
2009	20	104	234	358
2010	12	105	237	354
2011	07	134	199	360

Fonte: SEMUS – Varginha, 2011.

Anexo II:

**CONDENSADO DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS ONZE EQUIPES DE
PSF DO MUNICÍPIO DE VARGINHA-MG**

Faixas etárias	Total dentes	Dentes Permanentes					CPO	CPO-D	Média dentes	Total dentes	Dentes decíduos				ceo	ceo-d
		C	Indic. endo	EI	E	O					C	Indic. endo	EI	O		
5 a 9 anos (220)	1873	69	1	0	0	56	126	0,5	8,5	3009	156	12	44	344	556	2,5
10 a 14 anos (242)	5726	149	10	5	39	438	641	2,6	23,6	536	23	1	20	90	134	0,5
15 a 19 anos (244)	6745	222	17	13	60	1005	1317	5,4	27,5							
20 a 34 anos (529)	14298	238	48	182	524	3977	5369	10,1	27							
35 a 49 anos (451)	9477	422	29	205	3231	3905	7792	17,2	21							
50 a 64 anos (339)	3778	148	12	87	5743	1500	7490	22	11,1							
65 anos ou mais (175)	723	43	2	42	4199	163	4449	25,4	4,1							

Fonte: SEMUS – Varginha, 2011.