

André Luiz Marçal Terreri

Estudo comparativo de critérios utilizados no
Programa Saúde da Família na priorização do
tratamento da cárie

São José do Rio Preto
2007

André Luiz Marçal Terreri

Estudo comparativo de critérios utilizados no
Programa Saúde da Família na priorização do
tratamento da cárie

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Doutor no Curso
de Pós-graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

São José do Rio Preto
2007

Terreri, André Luiz Marçal

Estudo comparativo de critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie / André Luiz Marçal Terreri

São José do Rio Preto, 2007

121 p.;

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Gerales Soler

1. Cárie dentária; 2. Programa saúde da família; 3. SUS (BR);
4. Setor público.

André Luiz Marçal Terreri

Estudo comparativo de critérios utilizados no
Programa Saúde da Família na priorização do
tratamento da cárie

Presidente e Orientador: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli
Geraldine Soler

2º Examinador: Profa. Dra. Aimeé Maria Guiotti

3º Examinador: Prof. Dr. Luis Fernando Landucci

3º Examinador: Profa. Dra. Mariângela Borghi Ingraci de
Lúcia

4º Examinador: Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo
Vendramini

Suplentes: Profa. Dra. Marilene Rocha dos Santos
Prof. Dr. Alex Tadeu Martins

São José do Rio Preto, 19/06/2007.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas e Quadros	vi
Lista de Abreviaturas	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
1. Introdução	01
2. Revisão da Literatura	07
2.1. Os Princípios do SUS e a Prática Odontológica.....	08
2.1.1. Universalidade.....	08
2.1.2. Equidade	11
2.1.3. Integralidade.....	14
2.1.4. Descentralização	19
2.1.5. Hierarquização e Regionalização	21
2.1.6. Controle Social	23
2.2. Programa Saúde da Família: sua Trajetória até a Saúde Bucal... 28	
2.2.1. Cadastramento das Famílias no PSF	45
2.2.2. Cadastramento das Condições de Saúde Bucal das Famílias.....	49

2.2.3. Critérios de Priorização para o Atendimento Odontológico Curativo da Cárie.....	51
2.2.4. Critérios de Priorização para o Atendimento Odontológico Curativo da Cárie Proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.....	52
2.2.5. Critérios de Priorização para o Atendimento Odontológico Curativo da Cárie Propostos pela Secretaria de Estado do Distrito Federal	55
2.3. Epidemiologia da Doença Cárie e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal	59
2.3.1. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (1986)	60
2.3.2. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (1993)	61
2.3.3. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (1996)	63
2.3.4. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (2003)	64
2.3.5. Acesso aos Serviços de Saúde Bucal.....	67
3. Casuística e Método	70
4. Resultados e Discussão	78
5. Considerações Finais	97
6. Referências Bibliográficas	100
7. Anexos	117

- ✓ *À memória de Ovídio Terreri (pai) e João Cornélio Perini, exemplos de seres humano, que não cabiam mais no mundo.*

- ✓ *À minha mãe, dona de um combustível inesgotável de dedicação e amor aos filhos, a que atribuo meu sucesso, honestidade, moral e intelectualidade.*

- ✓ *À minha companheira Raquel, que conferiu a minha vida uma nova dinâmica, repleta de amor, dedicação e respeito.*

Agradecimentos

Uma das partes mais difíceis da elaboração de um trabalho científico é agradecer a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram com o trabalho. Isto acontece porque são tantos os colaboradores, e tão variadas as formas de auxílio, que fica difícil enumerá-las e descrevê-las.

Algumas pessoas ajudaram de forma, pode-se dizer, mais concreta, mais direta, compartilhando comigo seus conhecimentos científicos e tecnológicos ou ajudando na busca de fontes bibliográficas.

Outras tantas pessoas colaboraram de forma mais abstrata e menos palpável, mas não menos importante, dando apoio nos momentos difíceis da pesquisa, de dúvidas, de contradições, elogiando, incentivando, ou apenas ficando por perto.

Todas essas pessoas, a seu modo, ajudaram compartilhando comigo aquilo que elas tinham de mais precioso – **seu tempo** – e eu agradeço imensamente por isso.

- ✓ Em especial, agradeço a minha orientadora, **Professora Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler**, pela sua humanidade e compreensão, e também, por ter sido ao longo desta etapa, uma grande colaboradora, cujas orientações foram imprescindíveis para o desenvolvimento desta pesquisa.

- ✓ Agradeço a minha companheira, Raquel Fratantonio Perini, que acompanhou de perto toda a caminhada, dividiu comigo todas as apreensões e me incentivou nos momentos mais difíceis.

- ✓ Agradeço também a Cleide Fratantonio Perini, por sempre me ajudar e incentivar a minha carreira acadêmica.

- ✓ Agradeço ao pessoal do setor de pós-graduação, José Antônio, Rose e Fabiana sempre dispostos a orientar e ajudar.

- ✓ Agradeço a Sônia e Murilo, que se dispuseram a sair de suas rotinas atribuladas para me ajudar.

Certamente, devo ter esquecido alguém. Aos esquecidos que estiverem lendo estas linhas, perdoem-me pela falha e sintam-se incluídos no tradicional “a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho”.

*“É através do exercício da cidadania
que a população interessada
deixa a condição de objeto
e de massa de manobra,
passando a sujeito legítimo.
Como sujeito legítimo
emerge na posição de parceiro
competente de programas e projetos,
capaz de argumentar e colaborar
sobre a base de direitos
e não sobre esmolas do Estado;
pois somente existe Serviço Público
quando a população é capaz
de reivindicar e controlar,
colocando o Estado, seus técnicos
e os acadêmicos no seu devido lugar.
A partir daí, é possível o Estado de direito,
controlando de baixo para cima, eficiente e eficaz,
tendo que prestar contas de tudo à sociedade.”*

Pedro Demo (1984)

Lista de Figuras

Figura 1.	Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – 2006.....	35
Figura 2.	Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – 2006.....	36
Figura 3.	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – 2006.....	36
Figura 4.	Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal BRASIL - 2001 – 2006.....	42
Figura 5.	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal. BRASIL – 2001-2006.....	43

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1.	Prevalência de escolares na faixa etária 05 a 12 anos, segundo necessidade de tratamento curativo para cárie. Ipiguá – SP, 2005.....	83
Tabela 2.	Número e percentual de crianças de 05 a 12 anos quanto à prioridade no tratamento curativo para cárie, segundo os critérios. Ipiguá – SP, 2005.....	85
Tabela 3.	Quantidade e média de crianças e dentes com necessidade de tratamento e sua distribuição em números absolutos e percentuais, segundo o tipo de tratamento odontológico em escolares de 5 a 12 anos. Ipiguá -SP, 2005.....	88
Tabela 4.	Número e percentual de crianças de 5 a 12 anos, presentes ou não na mesma prioridade, segundo os critérios. Ipiguá – SP, 2005.....	95
Quadro 1.	Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual.....	53
Quadro 2.	Pontuação das famílias para priorização da atenção curativa segundo os códigos de necessidade encontrados nas famílias, considerando todas as crianças entre 6 e 14 anos.....	57
Quadro 3.	Pontuação das famílias em ordem seqüencial de classificação e arranjo para a priorização da atenção curativa segundo os códigos de necessidade encontrados nas famílias com crianças entre 6 a 14 anos.....	58
Quadro 4.	Ações de saúde bucal, conforme grupo de risco de cárie.....	92

Lista de Abreviaturas

ABO	- Associação Brasileira de Odontologia
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CEO	- Centro de Especialidade Odontológica
CFO	- Conselho Federal de Odontologia
CPO-D	- Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
Ceo -d	Índice de Dentes Cariados, Extraídos e Obturados
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único Saúde
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Equipe de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	- Programa de Agentes de Saúde
PC	- Procedimentos Coletivos
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SESI	- Serviço Social da Indústria
SI	- Sistema de Informações
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS	- Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

O objetivo deste trabalho foi avaliar dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família (PSF) para determinação da prioridade do atendimento odontológico curativo da cárie. O estudo foi feito no município de Ipiranga – SP, entre 538 crianças de cinco a doze anos de idade, matriculadas na rede pública de ensino e atendidas na Unidade de Saúde da Família da cidade. Realizou-se o exame bucal e preenchimento de dois critérios de classificação para as mesmas crianças, para avaliar as prioridades no atendimento odontológico curativo resultantes de cada um dos critérios. Entre as 538 crianças examinadas havia 313 (58,3%) com necessidade de tratamento curativo. Com base na atividade da doença cárie, verificou-se que 236 crianças (75,4%) foram consideradas como primeira prioridade no atendimento odontológico, enquanto que o critério baseado na quantidade e tamanho da cavidade de cárie incluiu 73 crianças (23,4%). Conforme os critérios, 186 crianças (59,4%) não estiveram presentes na mesma prioridade de tratamento curativo para a cárie. Os dois critérios utilizados no PSF foram bastante diferentes na determinação da prioridade do atendimento odontológico curativo da cárie. Conclui-se que para determinar a prioridade do tratamento restaurador da cárie é necessário considerar a atividade da doença, a quantidade de cavidades e a necessidade de tratamento. Assim, mais pesquisas neste contexto devem permitir a padronização do cadastramento das condições de saúde bucal de crianças usuárias do PSF.

Palavras-Chave: 1. Cárie dentária; 2. Programa saúde da família; 3. SUS (BR); 4. Setor público.

The objective of this study was to evaluate 2 classification criteria used in the prioritization of dental caries treatment in the Family Health Program. The research took place in the city of Ipiranga – SP and included 538 five to twelve year-old children registered in public schools and attended by the local Family Health Unit. An oral examination and the fulfilling of the two classification criteria were done for the same children in order to evaluate the priorities in curative odontological care resulting from each of the criterion. Among the 538 children who were examined there were 313 (58,3%) in need of curative treatment. Based on the activity of the caries, it was possible to verify that 236 children (75,4%) were considered first priority in odontological care, while the criterion based on the amount and the size of the cavity included 73 children (23,4%). According to the criteria, 186 children (59,4%) did not fit into the same priority of curative treatment for caries. The criteria for classification of caries used in the registration of the oral health conditions are very different in determining the priority of curative odontological treatment. Therefore, more studies related to the subject should allow creating a pattern for registration of the oral health conditions of children who use the Family Health Program.

Key-Words: 1. Dental Caries; 2. Family Health Program; 3. SUS (BR); 4. Public sector.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

*"Toda a nossa ciência,
comparada com a realidade,
é primitiva e infantil
e, no entanto,
é a coisa mais preciosa que temos."*

Albert Einstein

As diretrizes da política nacional de saúde bucal orientam para que as ações e serviços odontológicos resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir daí, construir uma prática efetivamente resolutiva.⁽¹⁾ Tem sido discutido que a Odontologia instituída no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) constitui-se em uma importante ferramenta para conhecimento da realidade de saúde e organização da demanda, considerando-se as informações obtidas no cadastramento das condições de saúde bucal realizado durante as visitas domiciliares. Entretanto, algumas equipes de saúde bucal demonstram dificuldades de adaptação à nova lógica de organização da demanda proposta. Lourenço⁽²⁾ pesquisou no estado de Minas Gerais e verificou que 74,1% das Equipes de Saúde Bucal (ESB) utilizavam mais de uma forma de agendamento dos usuários, sendo que 39,9% admitiam a livre demanda como porta de entrada para o atendimento no PSF e apenas 26,9% utilizavam a triagem de risco como forma de priorização dos serviços odontológicos. Verificou também que 48% das equipes não realizaram uma capacitação na ESB. No estado do Paraná, Baldani⁽³⁾ observou que a livre demanda é mantida em 9,5% das ESB, como opção de organização da demanda. Em municípios do Estado da Paraíba, Padilha⁽⁴⁾ também

encontrou ESB que prestavam atendimento eminentemente curativo e em regime de demanda espontânea.

No Brasil, a consequência da prestação dos serviços por meio da livre demanda, somada aos problemas de exclusão social, econômicos e educacionais é o estabelecimento de um padrão cultural de procura por serviços odontológicos quando a doença já se estabeleceu e requer tratamento curativo e alívio da dor. Esta realidade pôde ser constatada durante a realização do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, sendo relatada a dor dentária para procura do dentista por 30% de adolescentes e 46% de adultos e idosos.⁽⁵⁾ Para que ocorra uma mudança nesse padrão cultural de procura dos serviços devido à presença de odontalgia é necessário que haja, também, uma mudança real no modelo de organização da atenção odontológica. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e mais recentemente a implantação do PSF, trouxeram à tona a necessidade de expandir a forma de atuação odontológica, deixando de ser apenas clínica e incorporando novas atribuições, entre elas, a organização da demanda.

O texto deste trabalho é composto de quatro partes (“Revisão da Literatura”, “Casuística e Métodos”, “Resultados e Discussão” e “Conclusões”), atendendo às normas gerais de elaboração de dissertações e teses do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. A primeira parte, Revisão da Literatura, foi subdividida em três partes, no sentido de construir um referencial teórico para basear a discussão em torno das propostas de organização da demanda para

doença cárie na estratégia do PSF. Na primeira subdivisão da Revisão da Literatura discute-se a importância dos princípios doutrinários (Universalidade, Equidade e Integralidade) e organizativos (descentralização, hierarquização, regionalização e controle social) do SUS, para a prática odontológica. Também são destacados os avanços e aperfeiçoamentos que estes princípios têm trazido para área da saúde bucal, alguns aspectos que devem ser superados na reorganização do modelo de atenção à saúde bucal, considerando o padrão cultural estabelecido nos modelos assistenciais de atenção odontológica no Brasil, como: priorização de algumas clientela e exclusão de outras; prestação de serviços odontológicos sem considerações epidemiológicas e sociais; oferta de serviços curativos de baixa complexidade e desvinculados da manutenção da saúde bucal; falta de participação popular no setor público odontológico, entre outros enfoques.

Na segunda subdivisão da Revisão da Literatura discute-se o PSF como estratégia de organização da atenção básica e sua importância para a prática odontológica, sendo feita uma breve descrição da sua trajetória até a introdução da saúde bucal na estratégia da saúde da família. Nesta parte da revisão conferiu-se especial atenção sobre a importância do cadastramento das famílias e a contribuição das informações obtidas para identificação de determinantes do processo saúde-doença na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF). Em seguida voltou-se, especificamente, para a importância do cadastramento das condições de saúde bucal por meio das visitas domiciliares, apresentando dois critérios de organização da demanda para a doença cárie. O primeiro critério, sugerido pela Secretaria de Estado de

Saúde (SES) de São Paulo⁽⁶⁾ considera a *atividade doença cárie* para determinar a prioridade no atendimento e o segundo critério, usado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal⁽⁷⁾ tem como referência a *quantidade e o tamanho da cavidade de cárie dentária*. Frente às diversidades na maneira de organização da demanda, o foco desta pesquisa é a avaliação dos dois critérios acima citados, utilizados no cadastramento das condições de saúde bucal, como forma de priorizar o atendimento odontológico curativo da cárie, apontando suas tendências na organização da demanda.

Para justificar a importância e necessidade de organizar a demanda para o atendimento curativo da cárie, a terceira subdivisão da Revisão da Literatura é dedicada à apresentação de dados epidemiológicos da doença cárie e as estatísticas de acesso a serviços, no âmbito da saúde bucal.

Os procedimentos metodológicos da pesquisa são apresentados na segunda parte do trabalho, detalhando a amostragem, o procedimento de coleta dos dados para o preenchimento dos critérios e os cálculos da taxa de concordância e da estatística Kappa usadas na calibração e no decorrer do estudo.

A terceira parte do trabalho mostra os resultados da aplicação dos dois critérios de organização da demanda para a doença cárie em uma mesma amostra de crianças, com a preocupação de discutir as semelhanças e diferenças entre as formas de priorização do atendimento, bem como, a inclusão de variáveis que potencializariam o mecanismo de identificação e determinação das prioridades de atendimento odontológico da cárie dentária.

Finalmente, última parte do trabalho é dedicada às Conclusões, não exatamente encerradas, pois as atividades de saúde bucal no contexto do PSF são recentes e novos estudos nesta área são necessários a fim de se desenhar parâmetros de cadastramento das condições de saúde bucal e priorização do atendimento odontológico dos usuários do PSF.

Ante o exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar dois critérios de priorização do atendimento odontológico curativo da doença cárie, entre crianças de 05 a 12 anos de idade usuárias do Programa Saúde da Família (PSF), em um município de pequeno porte, localizado na interior do Estado de São Paulo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

“ Em resposta a uma ética da exclusão, estamos todos desafiados a praticar uma ética da solidariedade.”

Herbert de Souza (Betinho)

2.1. Os Princípios do SUS e a Prática Odontológica

No Brasil, após um longo processo de reflexões e debates, a saúde pública vive, desde 1988, um extraordinário período de transformação no modelo de atenção à saúde, principalmente a partir da criação e incorporação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Colocar em prática, no serviço público odontológico, a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social significam a construção de um modelo de saúde bucal que dignifica a vida e promove a conquista da cidadania.⁽⁸⁾

2.1.1. Universalidade

O princípio da universalidade na prática odontológica deve representar um avanço na conquista da cidadania e traria mudanças profundas na maneira da prestação dos serviços à comunidade. É preciso superar a confusão entre prioridade e exclusividade, que ainda predomina na maioria dos serviços e que exclui da programação em saúde bucal parcelas importantes da população, indo na contramão do princípio da Universalidade.⁽⁹⁾

Urge superar o modelo odontológico curativo-preventivista dirigido a escolares matriculados em escolas públicas, de forma a incluir na programação outros grupos populacionais (adultos e idosos), bem como, oferecer os serviços odontológicos de maior complexidade exigidos por esses grupos. Com o princípio da Universalidade, as ações em saúde bucal devem ser oferecidas de acordo com as especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Existe também a proposta de atenção por condição de vida, que pode compreender; a gestante, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, diabéticos, dentre outras. As diretrizes da política nacional de saúde bucal apontam para uma reorganização da atenção de forma que se definam as ações de intervenção segundo as linhas de cuidado ou condição de vida, das quais destacam-se as seguintes orientações:⁽¹⁾

- **Grupo de 0 a 5 anos:** organizar o ingresso no sistema de crianças nesta faixa etária, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é recomendável que as ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas

integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

- **Grupo de 6 a 18 anos** (escolares e adolescentes): a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.
- **Grupo de Gestantes:** considera-se que a mãe tem papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância. Assim, ações educativo-preventivas com gestantes tanto qualificam sua saúde como tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual, em trabalho conjunto com a equipe de saúde, de forma que já ao iniciar o pré-natal a gestante seja encaminhada para uma consulta odontológica.
- **Grupo de Adultos:** os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde, pois os períodos de atividade nas unidades de saúde geralmente coincidem com os turnos e jornadas de trabalho. Tal situação conduz a um agravamento dos problemas dentários nesta faixa populacional transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se organizar horários de atendimento nas unidades de saúde compatíveis com as

necessidades de atenção odontológica a este grupo de pessoas, integrando a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador, com detecção dos riscos específicos.

- **Grupo de Idosos:** a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de atenção odontológica dirigida a idosos, levando em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso (preferência na formulação e execução das políticas públicas). Também pode prever agendamentos, com reserva de horários e dias, para atendimento clínico do idoso, evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso.

A garantia da universalidade no serviço público, tendo em conta a demanda necessária em saúde bucal, deve ser orientada por meio de um planejamento estratégico, utilizando-se critérios para priorização, de modo que todos da comunidade se beneficiem, fazendo valer, também, o princípio da equidade, que consiste em priorizar os recursos disponíveis para aqueles que mais necessitem de atenção.

2.1.2. Equidade

As desigualdades sociais somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos na saúde em geral, como morbi-mortalidade e necessidade de utilização de serviços de saúde. Isso inclui a saúde bucal, sendo constatado que indivíduos com baixa renda têm maior quantidade de

tratamento a ser realizado e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior poder sócio-econômico.⁽¹⁰⁾ Várias medidas devem ser postas em prática para viabilizar o acesso aos serviços de saúde, promovendo a equidade; reduzindo as desigualdades regionais; ampliando a oferta de ações de saúde; garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais e a populações itinerantes e vulneráveis, como desafios para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros. A conquista da equidade envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de microterritórios, a discriminação positiva com aporte de recursos e ações diferenciadas, a intersectorialidade das ações de promoção e proteção da saúde, a humanização do atendimento e a elevação da qualidade da atenção à saúde.⁽¹¹⁾

Na mesma direção da Universalidade da atenção, ter a equidade como doutrina a ser seguida na Odontologia é tornar mais racional a programação odontológica de forma a incluir na prioridade a assistência à saúde bucal de adultos e idosos. Isto porque há uma enorme necessidade de tratamento acumulada nestas faixas etárias quando comparado às crianças. Geralmente as crianças são destacadas na prioridade assistencial, por se acreditar que terão a possibilidade de se tornarem adultos mais saudáveis, excluindo adultos e idosos da programação promocional, preventiva e curativa, pois são considerados por muitos gestores como uma geração perdida.

Considerar as informações epidemiológicas e demográficas também justifica a importância da viabilização do princípio da equidade na prestação dos serviços de saúde bucal. Analisando os levantamentos de âmbito nacional

realizados é possível verificar que o Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) aos 12 anos, utilizado internacionalmente, apresentava 6,67 dentes atacados pela doença cárie,⁽¹⁰⁾ em 1986, enquanto que, em 2003 o mesmo indicador mostrou um valor de 2,7.⁽⁵⁾

Outro aspecto importante relativo à equidade na prestação dos serviços odontológicos é a transição demográfica populacional do país. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), em 2004, confirmou a tendência de envelhecimento da população brasileira, verificando-se que o percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade era de 6,4% em 1981, subindo para 8,0% em 1993 e 9,8% em 2004.⁽¹²⁾ Paralelamente, a taxa de fecundidade caiu de 5,8 filhos, em 1970, para 2,1 filhos, em 2000.⁽¹³⁾ Relacionando-se o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade com grupos de cem crianças de menos de 5 anos, constatou-se aumento progressivo de idosos entre 1981 a 2004, com uma proporção de seis idosos para cada cinco crianças menores de cinco anos.⁽¹²⁾

Assim, as informações epidemiológicas e demográficas devem nortear a prática dos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, por onde se propõe que seja resolvida a maioria dos problemas de saúde bucal dos usuários, bem como, seja o canal de acesso aos demais níveis de assistência, quando necessário. Frente a esta situação apresentada é importante deixar claro que a oferta dos serviços de saúde na atenção básica busque reduzir a doença cárie na população infantil, como também, inclua serviços odontológicos que possibilitem a prevenção, recuperação e reabilitação da

saúde bucal em adultos e idosos, principalmente no que refere à doença periodontal e ao câncer bucal.

A oferta de serviços odontológicos de forma universalizada e equânime requer mudanças quantitativas no rol de procedimentos prestados à população, aumentando a oferta de serviços de maior complexidade, de maneira articulada com as ações preventivas e curativas básicas, individuais e coletivas, com a finalidade de prestar assistência odontológica de forma integral. É importante destacar que prestar assistência integral vai além da dimensão da assistência odontológica, expandindo-se ao ambiente em que vive a pessoa, buscando-se a articulação entre as ações de saúde e outras políticas públicas, de forma que haja repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

2.1.3. Integralidade

A integralidade significa o reconhecimento na prática dos serviços de saúde de que o homem é um ser integral, bio-psico-social e deverá ser atendido com esta visão por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde, considerando-se os seguintes aspectos: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; a pessoa deve ser atendida não só como ser biológico, mas também portador de necessidades psicológicas e sociais, integrando-se, assim, os diversos aspectos humanos; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; as ações de promoção da saúde,

prevenção de doenças, tratamento e reabilitação também formam um todo indivisível, que não deve ser compartimentalizado; o cuidado ao ser humano deve ser integral, usando-se para esse fim todos os níveis de atenção e tecnologias necessários.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

O alcance da integralidade na assistência odontológica exige a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de maior número de serviços e atendimentos mais complexos, que devem existir em níveis de atenção de saúde secundários e terciários. O movimento da Reforma Sanitária deu importante sustentação e fez avançar o SUS, porém não conseguiu realizar as radicais mudanças necessárias no “modo de se fazer saúde” na assistência odontológica.⁽¹¹⁾

Para tentar avançar no princípio constitucional da integralidade, no que refere à assistência odontológica, foram realizadas importantes ações governamentais, tais como: a implantação dos Procedimentos Coletivos (PC) em saúde bucal; a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF e a criação dos Centros Especializados Odontológicos (CEO).

O conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal, denominado de PC em saúde bucal, foi normalizado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 184, de 9/10/1991.⁽¹⁷⁾

Os PC, ao contrário da assistência odontológica, não requerem espaços, equipamentos, instrumentos e recursos humanos específicos para que sejam desenvolvidos. Exigem cuidadoso planejamento, boa organização, materiais adequados e pessoal preparado para o trabalho em espaços sociais.⁽¹⁸⁾ Os grupos de pessoas organizadas e espaços sociais, como as escolas, centros

comunitários, fábricas, agrovilas, sindicatos, entre outros, são lugares onde podem e devem ser realizados os procedimentos coletivos.⁽¹⁹⁾ A introdução dos PC no sistema público de saúde brasileiro tem representado uma forte influência na mudança do quadro epidemiológico em diversas localidades, colaborando na redução da incidência da doença cárie dentária.⁽²⁰⁾

Outro fator importante que pode colaborar com o aprofundamento da integralidade das ações curativas e preventivas é a inserção da ESB no PSF, promovendo-se cadastramento das famílias para identificar as necessidades de tratamentos curativos e providenciar assistência odontológica clínica, além de desenvolver atividades preventivas nos domicílios da área de abrangência da equipe.

Entretanto, dados apresentados no V Congresso Cearense de Odontologia, apontam para um aumento desproporcional dos procedimentos coletivos quando comparados com o acréscimo que ocorreu nos procedimentos que envolvem o acesso à clínica odontológica. Em 2002, de um total de 184 municípios cearenses, 173 dispunham de ESB no PSF, uma das maiores coberturas por município no país, e a cobertura populacional das 496 ESB implantadas em 2001 e 2002 era de 23 % da população do Estado. Ao se comparar o acréscimo decorrente da implantação destas equipes nos procedimentos odontológicos básicos, observou-se que os procedimentos coletivos subiram de 2,341 milhões em 2.000 para 6,954 milhões em 2.002, enquanto que os procedimentos individuais tiveram um incremento de 4,715 milhões para 5,144 milhões em igual período. Neste período, enquanto os procedimentos coletivos subiram 197,04 %, os procedimentos individuais só

criaram 9,10 %, revelando uma situação marcada pela contínua dificuldade do acesso à assistência, o que deve ser objeto de reflexão e de mudanças na organização dos serviços odontológicos.⁽²¹⁾

Narvai,⁽²²⁾ destaca que mesmo com o Ministério da Saúde (MS) afirmando que a inserção da saúde bucal no PSF objetiva garantir a "atenção integral aos indivíduos e às famílias", na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional: o do "atendimento integral", que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso que não é assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado. Esta ênfase na "atenção básica" contribui, objetivamente, para desobrigar o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis, empurrando a classe média ainda mais para os planos de saúde (que não param de crescer) e garantindo aos demais cidadãos apenas uma "cesta básica" de saúde, nos termos propostos claramente pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. Embora o discurso oficial seja de "atenção integral", diz-se que há no PSF um mal disfarçado "desvio preventivista" decorrente de "excessiva ênfase em ações preventivas e educativas que, objetivamente, tiram os recursos humanos da assistência aos doentes, cujas filas não param de aumentar, para ocupá-los com tarefas muitas vezes inócuas ou de baixo impacto resolutivo". E que tudo isto se choca com o que está na Constituição que diz, no art. 198, que haverá "prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".⁽²²⁾

No Brasil há uma baixa cobertura populacional proporcionada pelos serviços assistenciais e os atendimentos são caracterizados por tratamentos menos complexos (restaurações), muitas vezes mutiladores (extrações dentárias). A oferta e realização de procedimentos odontológicos especializados na saúde pública são pequenas, deixando muitas pessoas, particularmente adultos e idosos marginalizados da programação odontológica, fator que corre na contramão da integralidade das ações em saúde bucal.⁽²³⁾

Ciente desta situação e propenso a mudá-la, o atual Governo Federal criou a política **Brasil Sorridente**, em 2004, que representa uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades. Antes disso, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no SUS correspondiam a tratamentos especializados e as diretrizes do Brasil Sorridente apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, para possibilitar a oferta de mais serviços nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção. Este aumento na oferta da atenção especializada deve se dar principalmente com a implantação dos CEO, que são unidades de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEO deverão estar preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:⁽²⁴⁾

- diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- periodontia especializada
- cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

- endodontia
- atendimento a portadores de necessidades especiais.

Funcionando como parceria entre Municípios, Estados e Governo Federal, com repasse de recursos do Ministério da Saúde, os CEO buscam a descentralização da atenção em saúde bucal, para maior abrangência de atuação.

2.1.4. Descentralização

A descentralização da saúde, com ênfase na municipalização, trouxe a transferência do planejamento, da execução e da avaliação das ações de saúde para a esfera do município. O processo de descentralização da saúde repassa aos órgãos municipais responsáveis, como Secretaria da Saúde e Unidades Básicas de Saúde e aos seus representantes, secretário de saúde, profissionais da saúde, associações de moradores e representantes da comunidade, a responsabilidade de organizar as estratégias e ações em saúde a serem implantadas. O processo de descentralização da saúde nos municípios passou pelas Normas Operacionais Básicas e, atualmente, pela Norma Operacional da Assistência à Saúde, documentos editados pelo MS no sentido de instruir e regulamentar este processo.

No encaminhamento do processo de implantação do SUS, em termos de concretizar os seus princípios organizativos, o da descentralização das ações e serviços de saúde foi o que teve maior presença e avanço. Na área de saúde bucal, o processo de descentralização deve ultrapassar a esfera das

secretarias municipais, alcançando as unidades básicas de saúde, com gestão fundamentada nas necessidades e aspirações locais, contribuindo para uma organização mais racional do sistema e dinamizando o controle social na medida em que aproxima as decisões da população alvo.⁽²⁵⁾

A descentralização no setor odontológico viabilizou o surgimento e expansão de centenas de programas de prevenção dirigidos a pré-escolares, escolares e outros espaços sociais, que se expandiram após aprovação, em 1991, da Portaria 184 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. A partir desse documento foram instituídos os PC em saúde bucal na tabela de procedimentos vinculada ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Sua edição criou condições mais favoráveis à implementação dessas ações nos municípios brasileiros, passando-se efetivamente a financiar o desenvolvimento de outras ações preventivas além da fluoretação das águas. Mesmo em municípios menos desenvolvidos, com modestos sistemas locais de saúde, foi possível utilizar recursos do Fundo Nacional de Saúde para financiar a realização de procedimentos coletivos, já que não necessitam de equipamentos.⁽²⁶⁾

De maneira geral a descentralização é uma das principais ferramentas de construção e consolidação dos outros princípios doutrinários e organizativos do SUS, pois facilita o acesso à participação da população no cotidiano das políticas de saúde e define a melhor maneira de ser equânime no desenvolvimento das ações em saúde bucal, colocando os gestores mais próximos dos problemas e aspirações da população.

Com o avanço da descentralização, os municípios com maior potencial (humano e tecnológico) no setor saúde devem planejar e executar as ações em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica que permita a regionalização dos serviços em benefício também dos municípios com menor potencial, possibilitando um aumento na resolubilidade dos problemas de saúde da região.

2.1.5. Hierarquização e Regionalização

O acesso da população à rede de saúde deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas e para referenciar os demais para serviços de maior complexidade tecnológica. Em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, o nível primário de atenção é responsável pela resolução de mais de 70% dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS e tais características valem para a saúde em geral e também para a saúde bucal.⁽¹⁴⁾

A existência de diferentes níveis de atenção no âmbito do SUS decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis, não sendo necessários certos equipamentos ou certos especialistas em todos os lugares, mas todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles.⁽¹⁸⁾ Para isso, é imprescindível aumentar a capacidade instalada da rede pública e definir, em cada sistema local de saúde, as responsabilidades de cada uma

das instituições que o integram, montando adequados sistemas de referência e contra-referência.⁽¹¹⁾ Denomina-se referência o encaminhamento de pacientes do nível primário para níveis mais especializados e contra-referência o encaminhamento dos níveis especializados para o primário. Os dois procedimentos requerem uma articulação mínima eficaz entre as diversas instâncias dos serviços de saúde, seja na mesma instituição, seja entre serviços de bairros ou municípios diferentes.⁽²⁷⁾

Do ponto de vista da integralidade, a ampliação da oferta de serviços por meio dos CEO, ou até mesmo por UBS que possuam recursos humanos e tecnológicos diferenciados para oferecer serviços de maior complexidade, constitui-se num avanço em relação às práticas eminentemente curativo-reparadoras e restritas a ações básicas. A estruturação de um sistema com proposta de hierarquização e com uma assistência secundária em processo de consolidação traz ganhos à perspectiva de uma atenção mais integral.⁽²⁰⁾

Entretanto, a organização de um sistema hierarquizado com oferta de serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade exige que a descentralização seja focada na idéia de especificidades de problemas de saúde de uma determinada área geográfica, que ultrapassa a delimitação geográfica do município. Tal assertiva leva em conta que no Brasil há 5.560 municípios que possuem autonomia política, administrativa e financeira, mas com profundas desigualdades regionais sócio-econômicas, culturais, sanitárias e de infra-estrutura dos serviços de saúde, que geram diferentes modelos de organização e gestão do SUS.⁽²⁰⁾

No âmbito de saúde bucal isso gera dificuldades de acesso à assistência odontológica de média e de alta complexidade, devido à enorme concentração desses serviços em poucos municípios, geralmente os de maior porte populacional. O avanço da descentralização, com ênfase no município, vem demonstrando a necessidade, em algumas localidades, de (re)centralização para poder enfrentar os seguintes desafios: o aumento da resolutividade e a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade. Para se tentar superar essa excessiva descentralização da gestão ocorreu a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001,⁽²⁸⁾ visando estimular um fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, na coordenação do processo de regionalização da assistência e na organização de sistemas microrregionais de saúde. A regionalização exige que se leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.^(29,30)

2.1.6. Controle Social

A descentralização da saúde dentro do SUS ampliou as responsabilidades do nível local, atribuindo ao município a gestão e a execução das atividades relacionadas à saúde em seu território. Diante das novas atribuições, os municípios vivenciam situações que exigem o desempenho de novas funções até então atribuídas a outros níveis, sendo uma delas a

participação popular e o controle social. Com o processo de descentralização, o município torna-se de fato, a entidade político-administrativa que oferece melhores condições para a prática da participação popular na gestão da vida pública, pois o governo local reside em ser a autoridade que está mais perto das necessidades e reivindicações da população.⁽³¹⁾

A participação dos cidadãos no processo de formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, é garantia constitucional.⁽¹⁴⁾ A Lei 8.142/90,⁽³²⁾ no que se refere à participação da comunidade na gestão do SUS, define como formas de participação popular as Conferências e os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo. Especificamente em relação aos Conselhos de Saúde, esta lei tem caráter permanente e deliberativo, com função de atuar na formulação de estratégias, no controle e execução da política de saúde, incluindo os aspectos financeiros. Tem quatro representações: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo a representação deste último obrigatoriamente paritária, em relação ao conjunto dos outros membros. O controle social não é garantido apenas pelo processo de descentralização, pois está na dependência da organização da sociedade civil e do contexto político-social em âmbito nacional, estadual e municipal.^(32,33)

É importante considerar que a participação popular, nos conselhos de saúde municipal, pode ter duas vertentes no funcionamento dos serviços de saúde: uma servindo como palco de manipulação para atender aos interesses políticos, sem a devida abertura democrática, cumprindo basicamente formalidades burocráticas e outra que serve como espaço de luta, que

possibilita avançar nas propostas de ampliação das conquistas populares na área de saúde. Nota-se que os conselhos são espaços de conflito de interesses entre usuários, governo e trabalhadores, que precisam ser enfrentados com transparência, para tentar evitar a cooptação dos usuários para o fortalecimento dos interesses dos outros segmentos.⁽³⁴⁾

A implementação definitiva do SUS é um processo de luta social que deve envolver não só os Conselhos de Saúde, mas toda a sociedade, impactando sempre na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, por meio de transformações necessárias do ambiente e da participação digna no processo de trabalho. Busca-se assim a cidadania, como um direito a conquistar pelo exercício sistemático da democracia e da mobilização da sociedade. O controle social é importante na conquista dos direitos de cidadania em relação à saúde e a participação popular nos diversos níveis de gestão do SUS deve ser resultante da iniciativa dos indivíduos e da sociedade organizada, cabendo aos governos a responsabilidade pela garantia dos meios que viabilizem sua concretização.⁽²⁵⁾

A participação popular no setor público odontológico não tem se mostrado como uma realidade em muitos municípios, talvez pela ainda incipiente prática política por parte da sociedade e dos profissionais da área da saúde bucal. Deste modo, há necessidade de capacitação de lideranças comunitárias, bem como dos profissionais da Odontologia, para promover o desenvolvimento de novas práticas de saúde que, por sua vez, promovam participação na formulação das políticas e gestão dos serviços de saúde.

No sentido de buscar a materialização da participação popular e do controle social, registrados tanto na Legislação Constitucional como nas leis complementares, o Relatório Final da 3ª Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo aponta algumas propostas para a área de saúde bucal, entre elas:⁽¹¹⁾

- incluir informações de interesse da gestão em saúde bucal, nas três esferas de governo, visando melhoria do diagnóstico, planejamento, controle e avaliação das ações;
- capacitar os conselhos gestores sobre direitos, deveres, áreas de atuação e atribuições na área de saúde bucal;
- convocar os coordenadores da saúde bucal para debate, no Conselho Municipal de Saúde (CMS), sobre as ações de saúde bucal;
- criar a Comissão Temática de Saúde Bucal junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- criar mecanismos de interação multiprofissional para que o usuário seja informado sobre a importância da saúde bucal, dentro do contexto da saúde geral;
- disponibilizar para os CMS os relatórios da vigilância sanitária, sobre fluoretação das águas de consumo;
- estabelecer maior controle e fiscalização dos gastos em saúde pelos Conselhos de Saúde, incluindo-se os gastos em saúde bucal;

- estreitar as relações entre CMS e a ESB com a presença permanente de um representante da área da saúde bucal nas reuniões ordinárias do Conselho;
- incentivar a participação das entidades representativas da Odontologia nos Conselhos;
- incentivar a participação dos profissionais de Saúde Bucal nos CMS e inserir nas discussões do CMS os problemas relativos à saúde bucal;
- incluir a discussão da saúde bucal na agenda política dos movimentos populares de saúde, movimento sindical e outros movimentos da sociedade civil, para fortalecimento da política municipal de saúde bucal;
- manter os Conselheiros Municipais informados sobre os Programas e Ações de Saúde Bucal, para que possam orientar os outros usuários;
- mobilizar a participação dos usuários nos CMS, garantindo-lhes acesso a todas informações referentes ao sistema de saúde do município, inclusive a saúde bucal;
- responsabilizar o coordenador de saúde bucal a levar informações, questionamentos e propostas ao CMS regularmente;
- veicular informações de saúde bucal em campanhas, palestras e outros eventos nos principais meios locais de comunicação. Comunicar é um campo de troca que permite ensinar e aprender, dialogar, tornar transparente, como processo democrático que

envolve informação, interlocução e outros processos culturais como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção à saúde, transformando informações em conhecimentos novos, conduzindo a saúde bucal em sintonia com o SUS.

O modelo de atenção odontológica deve contemplar o planejamento estratégico ascendente, com a ativa participação da comunidade na elaboração das atividades de saúde bucal, pautadas pelas diferentes realidades de cada área do município. Há necessidade de divulgar, de forma contínua, as políticas de saúde, os dados epidemiológicos, as atividades das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, os programas e os serviços prestados pelo SUS, por meio de parcerias com a comunidade, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação, de forma a estimular a população para a gestão participativa na saúde e, conseqüentemente, o controle social.

2.2. Estratégia Saúde da Família: sua trajetória até a saúde bucal

Fazer um histórico do PSF, enquanto estratégia de reorganização dos serviços de saúde, exige retorno a 1987, quando se inicia a implantação, no Ceará, do Programa de Agentes de Saúde (PAS).^(35,36) Criado inicialmente como frente de trabalho para o combate aos efeitos da seca, o programa Estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.⁽³⁷⁾

O objetivo geral do PAS, segundo base documental do estudo de Minayo, era melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde, sendo seus resultados amplamente divulgados pela mídia nacional e, internacionalmente, pelo Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF. As ações desenvolvidas eram basicamente de visitas domiciliares regulares a famílias cadastradas, com maior frequência a famílias que possuíam entre seus membros crianças menores de dois anos e gestantes.⁽³⁸⁾ Passado o momento climático mais crítico, o programa governamental foi desativado, mas continuou com manutenção de recursos do Tesouro Estadual, adquirindo a partir de setembro de 1988 características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde.⁽³⁷⁾

A experiência bem sucedida no Ceará estimulou o Ministério da Saúde, em 1991, a propor, em âmbito nacional, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde, implantado inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte.^(39,40) O PACS seguiu praticamente a mesma filosofia do PAS, mas com implantação em âmbito nacional, tendo como meta contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, integração das ações entre os diversos profissionais e ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Estabeleceu como prioridade o atendimento a criança e gestantes, considerando que os maiores índices de mortalidade em regiões carentes se concentram na faixa etária até os 5 anos, por causas muitas vezes ligadas ao difícil acesso aos serviços básicos de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) teriam como principais atribuições: cadastramento/diagnóstico das famílias; mapeamento

das residências; identificação das áreas de risco, realização das visitas domiciliares e ações coletivas e intersetoriais.⁽⁴¹⁾

Cabe salientar a importância deste programa como proposta para a reorganização dos serviços de saúde pública na atenção básica e, conseqüentemente, nos outros níveis de atenção. No Brasil, anteriormente à implantação do PACS, a atenção básica não foi prioridade dos serviços de saúde pública. O resultado dessa política equivocada é a realidade em que se encontram os serviços públicos, com uma demanda diante de hospitais que nem sempre conseguem oferecer o atendimento necessário para portadores de doenças que poderiam ter sido prevenidas ou diagnosticadas precocemente na atenção básica. Outra conseqüência desastrosa desse modelo é o aumento com gastos para o tratamento das doenças, que requerem na maior parte das vezes maior complexidade tecnológica e recursos humanos mais especializados para sua solução, aspecto que poderia ser evitado com a intensificação da promoção da saúde e prevenção das doenças na atenção básica. Dessa forma o PACS tornou-se uma importante estratégia na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, imprimindo uma nova dinâmica de atuação na atenção básica.⁽³⁷⁾

O PACS foi sendo implantado em várias localidades brasileiras e já em 1993 abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, havia sido implantado em 987 municípios de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com um total de 33.488 agentes.⁽³⁷⁾ Como já mencionado, no início do PACS, a prioridade foi o atendimento a crianças e gestantes, com o intuito de reduzir os

índices de mortalidade infantil em regiões carentes, em função das condições precárias de vida e de nutrição e complicadas pela ausência de acesso a serviços básicos de saúde. Nesta época, as questões relacionadas com a saúde bucal não estavam no elenco das principais atividades de saúde desenvolvidas pelo ACS junto a sua comunidade, o que é compreensível, devido à magnitude dos problemas acima citados.

Outras experiências, como o programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói - RJ, tinha estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba, com assessoria de técnicos cubanos, e, juntamente com os êxitos alcançados pelo PACS, influenciaram a decisão do MS de criar o PSF.⁽³⁷⁾

O MS, por volta de 1993, seguro da estratégia de se trabalhar o núcleo familiar como enfoque no desenvolvimento das ações em saúde na atenção básica, iniciou a implementação do PSF no Brasil, com o propósito de colaborar decisivamente na consolidação das diretrizes doutrinárias e organizativas do SUS. O PSF atenderia prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde.⁽⁴²⁾ Havia a preocupação do MS de que a criação do PSF não significasse a extinção do PACS, considerando que não são programas isolados, mas sim propostas com níveis de complexidades distintas, sendo o PACS uma estratégia importante no aprimoramento e transição para o PSF.⁽³⁷⁾

Embora tenha sido formulado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santilo no MS, o PSF, na verdade, encontrou condições de crescimento qualitativo e quantitativo nos anos seguintes, já no governo de Fernando Henrique Cardoso, mais precisamente a partir de 1998, quando o economista José Serra assumiu o MS. A implementação do PSF, desde sua concepção no nível federal, até chegar à chamada “ponta” do sistema de saúde, tem sido bastante diversificada, o que gera uma multiplicidade de experiências possíveis, sob a mesma denominação: “Saúde da Família”. Apesar dessa multiplicidade de formas existentes, o PSF foi concebido como uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, que possibilitasse efetivar os princípios doutrinários e organizativos do SUS, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças, realizado principalmente no hospital.⁽¹⁵⁾

O PSF, como estratégia de estruturação de atenção em saúde, a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com equipe multiprofissional, assume a responsabilidade por uma determinada população, no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, tratamento e reabilitação de agravos. O MS orienta que a USF atue com base nos seguintes princípios.⁽⁴³⁾

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;

V - ser um espaço de construção de cidadania;

VI - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

VII - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

VIII - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

Com base nesses princípios, o PSF tem a possibilidade de oferecer e ampliar a cobertura da atuação à saúde aos núcleos familiares, através de uma equipe de saúde multidisciplinar (compostas minimamente médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários), atendendo na unidade local e na comunidade com ênfase nas ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde.⁽⁴⁴⁾

Outro fator importante com a criação do PSF, devido à existência de uma equipe multiprofissional, é a ampliação da capacidade de ação do ACS frente aos problemas mais frequentes de saúde da população, assumindo características de atuação mais abrangente do que o PACS, que tem as ações dos ACS acompanhadas e orientadas apenas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Dessa forma que o PSF constitui em uma estratégia que “prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo

saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.⁽⁴³⁾

A disseminação e a velocidade de expansão do PSF podem ser comprovadas pela adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Desde sua criação apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, quanto ao número de municípios com ESF, e população coberta pelas ESF, como pode ser visto nas Figuras 1 a 3.

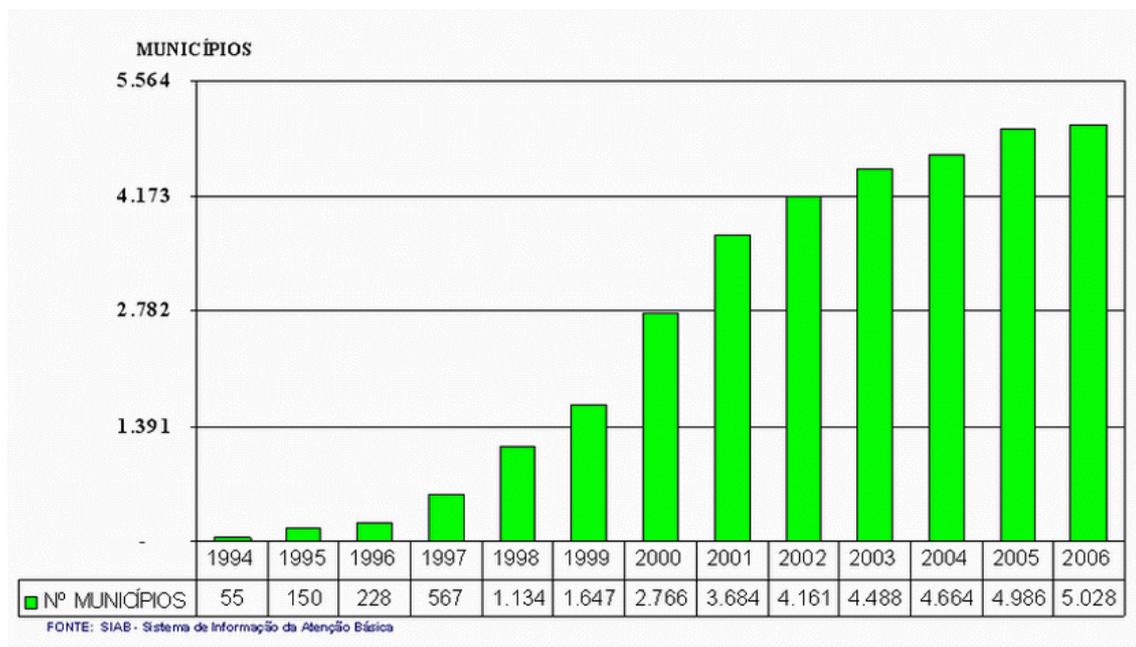


Figura 1. Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL – 1994-2006.

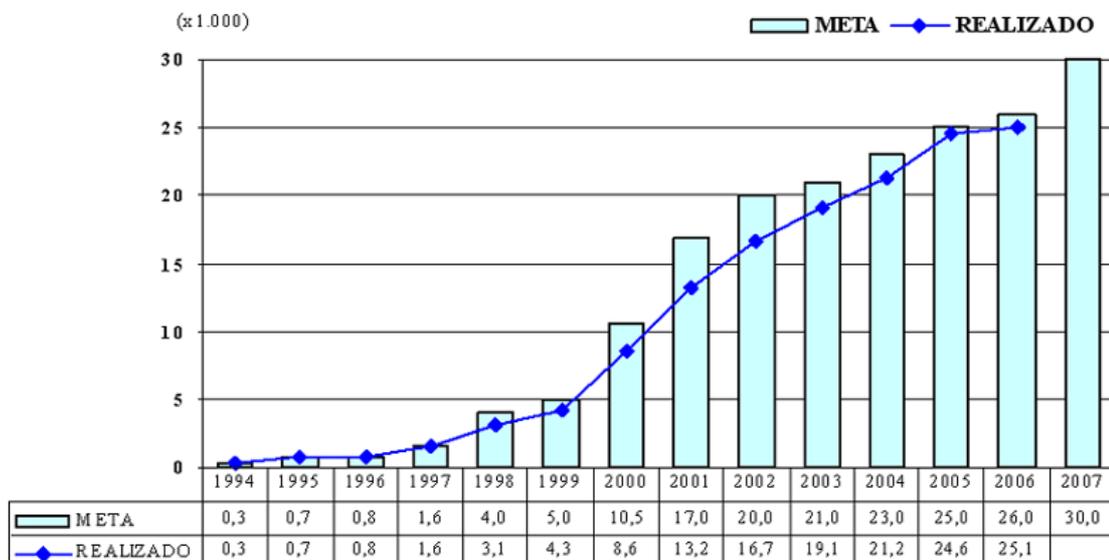


Figura 2. Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL – 1994-2006.

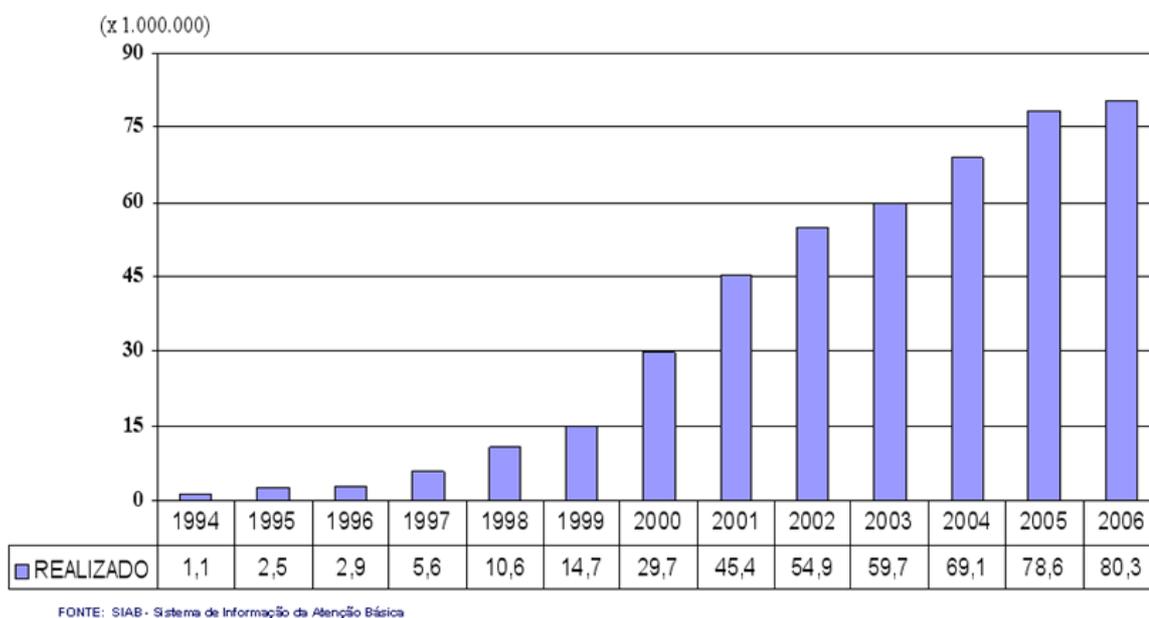


Figura 3. Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL – 1994-2006.

Entretanto, apesar desses números que entusiasma qualquer militante da estratégia familiar, a consolidação dessa estratégia precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Como estratégia de reorganização na atenção básica, o PSF tem provocado também uma importante redefinição no modelo de assistência odontológica pública no Brasil. Como em outras áreas, a saúde bucal nos serviços públicos refletiu, ao longo de anos, a reprodução de práticas hegemônicas de assistência à saúde, com pouca capacidade de equacionar os principais problemas da população. Este modelo de assistência odontológica hegemônico permaneceu até a Constituição de 1988, sendo preponderantemente de prática privada. O seguro social oferecia assistência odontológica somente aos trabalhadores segurados, utilizando a contratação de serviços profissionais privados. Paralelamente, existia a assistência voltada para os escolares, introduzida no início da década de 1950, enquanto que os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento a situações de urgências odontológicas.⁽⁴⁵⁾

Este modelo de assistência odontológica hegemônico sempre foi muito criticado, pela cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas, mas a criatividade, o compromisso social e político de algumas lideranças e administrações públicas criaram oportunidades para o surgimento de serviços que ainda hoje provam a sua eficiência, tais como: as ações de caráter

coletivo, o desenvolvimento de equipamentos adequados à realidade econômica do país e a delegação de funções para recursos humanos auxiliares.⁽⁸⁾

A partir de 1988, o texto constitucional, que formula o SUS, sua regulamentação, e outros textos normativos constituem as bases legais para a consolidação das ações de saúde bucal no SUS, seguindo 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.⁽⁴⁶⁾ Apesar dos avanços conquistados na Constituição Federal de 1988, as diretrizes organizativas do SUS pouco traduziram em mudanças na cultura administrativa e prática assistencial odontológica dos sistemas locais de saúde. Isso ficou evidente no resultado da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, realizada em 1998 pelo IBGE, que revelou que a política de saúde bucal exercida pelo setor público não estava alcançando a população que necessitava de assistência, e que a desigualdade na renda refletia-se na desigualdade em saúde bucal, evidenciando-se que 29,6 milhões de pessoas nunca consultaram um dentista e que a porcentagem dos que nunca foram ao dentista era nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo, quando comparadas às que recebiam mais de 20 salários mínimos.⁽⁴⁷⁾

Em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o MS propôs, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a

inclusão de Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF. Por meio da Portaria nº1.444, de 28 de dezembro de 2000, o MS estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal aos municípios, inserindo, assim, a Odontologia no programa e, conseqüentemente, a possibilidade de ampliar e reorientar a atenção Odontológica no Brasil.⁽⁴⁸⁾ Os objetivos da inclusão de ESB no PSF foram: melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal; ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal; possibilitar que as ESB atuem mais próximas da realidade, identificando fatores e famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades.⁽⁴⁹⁾

Cabe ressaltar que antes mesmo da publicação da Portaria 1.444, algumas localidades, como Curitiba e o Distrito Federal, já trabalhavam com esta estratégia. No início da década de noventa, em 1991, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou um programa de medicina familiar e, apesar da escassez de referencial teórico para subsidiar a prática familiar na Odontologia, a saúde bucal se fez presente na equipe, como uma tendência natural. As ESF em Curitiba já foram pensadas, desde o início, com a participação da ESB (Cirurgião-dentista, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário).^(20,50,51) No caso de Brasília-DF, em maio de 1997, foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde em Casa (PSC). Entretanto, estas equipes não contavam com profissionais em saúde bucal, viabilizando-se a inserção de ações de saúde bucal no PCS em dezembro de 1997, com admissão de profissionais neste campo.⁽⁵²⁾

A Portaria nº 1.444, considerada o marco oficial da inclusão da ESB no PSF, estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal por meio do PSF, e criou duas modalidades para as quais os municípios poderão solicitar a qualificação de suas equipes de saúde bucal, com a seguinte composição:

- **Modalidade I** – Um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário.
- **Modalidade II** – Um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental.

Essa portaria indicava que para cada ESB deveriam ser implantadas duas equipes de saúde da família, atendendo em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes. Essa proporção de uma ESB para duas ESF foi muito criticada e posteriormente alterada por meio de portaria. A única exceção seria com relação aos municípios com menos de 6.900 habitantes, onde a proporção uma ESB para uma ESF poderia ser mantida. Como esta portaria foi publicada nos últimos dias do ano de 2000, as primeiras ESB só foram efetivamente implantadas no ano seguinte.⁽⁴⁸⁾

Em de 06 de março de 2001 foi editada a Portaria 267,⁽⁵³⁾ constituindo-se em um documento mais fiel e explícito sobre a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do PSF, como forma de reorganização da Odontologia no âmbito da atenção básica. Essa Portaria indica as atribuições de cada membro da ESB, as responsabilidades Institucionais das Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais e do MS e a transferência de recursos federais aos estados e municípios que se qualificarem. Essa portaria orienta para que o

trabalho da ESB ultrapasse as ações do modelo de prática odontológica clínica, atribuindo funções de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das USF, identificando as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal. Orienta ainda para o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas de forma integrada com as ações curativas realizadas na clínica, bem como a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência. Entretanto, permanece a proporção de que para cada ESB deveriam estar implantadas duas ESF, atendendo em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes. Assim os seguintes princípios são citados: caráter substitutivo das práticas tradicionais; adscrição da população à USF; integralidade da assistência em saúde bucal; articulação da referência e contra-referência dos serviços de maior complexidade; definição da família como núcleo de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção da saúde, à intersetorialidade e ao controle social; educação continuada dos profissionais e acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.⁽⁵³⁾

Somente em julho de 2003 a Portaria 673 ⁽⁵⁴⁾ estabeleceu que poderão ser implantadas nos municípios, quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF, e considerem a lógica de organização da atenção básica. O aumento do número de ESB, além de proporcionar diretamente um avanço na cobertura populacional, também possibilita um aumento na alocação dos recursos

financeiros para o município, com finalidades de melhoria do programa.⁽⁵⁴⁾ A inclusão de ESB no PSF, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, por meio da Portaria nº 1.444,⁽⁴⁸⁾ evoluiu bastante, tanto no número de equipes de saúde bucal atuando nos municípios como na população coberta pelas equipes. Desde sua inclusão no PSF até março de 2006 foram implantadas 13.296 ESB (Figura 4) para um total de 25.141 ESF, sendo mais de 64 milhões de pessoas cobertas por estas equipes (Figura 5).

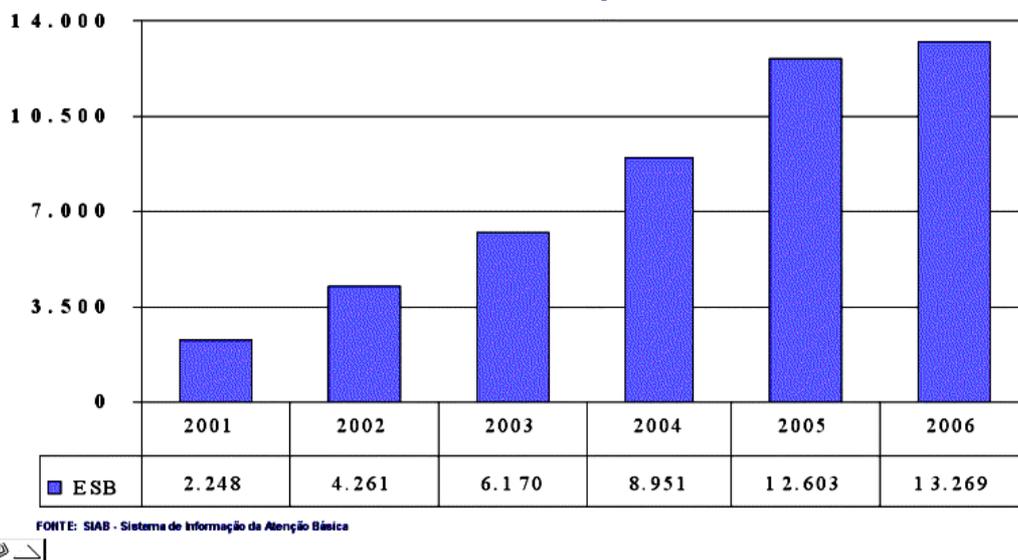
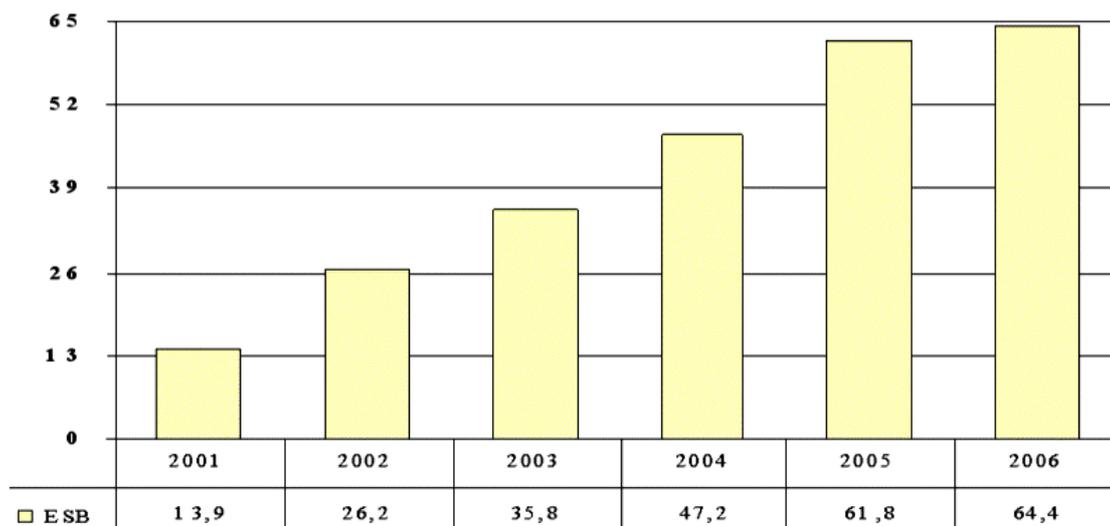


Figura 4. Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal BRASIL – 2001-2006.



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

Figura 5. Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal. BRASIL – 2001-2006.

Avançar quantitativamente é de extrema importância no aumento da cobertura, mas não é suficiente para mudar a prática odontológica hegemônica, caracterizada por ser predominantemente curativa, com base nos instrumentos da clínica odontológica. Deve-se buscar por meio do reconhecimento do território identificar as famílias de risco para compreender de maneira holística a causalidade das doenças bucais, com a finalidade de propor, de modo intersetorializado, multidisciplinar e multiprofissional, a atenção adequada aos problemas da comunidade. Portanto, a ESB deve trabalhar sobre uma base territorial, com mapeamento das microáreas em condição de exclusão social na comunidade para serem prioritariamente atendidas. Desta forma, serão definidas as famílias de risco, as quais deverão ser monitoradas pela equipe de saúde bucal, garantindo-lhes acesso e proteção e a ESB deve estar

comprometida com a pessoa e não com a doença, vendo além da queixa referida, entendendo as pessoas como sujeitos de sua própria realidade.

A habilidade clínica da ESB deve ser desenvolvida através do conhecimento baseado na melhor evidência científica disponível, sendo necessária a busca constante pelo conhecimento e informação, de modo a se capacitar para responder a situações mais freqüentes que afetam a saúde da população. Desta forma, deve trabalhar com dinâmicas familiares, informando, orientando e negociando responsabilidades com os integrantes da família, visando a recuperação e a manutenção da saúde, bem como estratégias preventivas. Assim, estabelece-se uma relação de troca/cumplicidade entre equipe/indivíduo/família, sempre respeitando seus padrões culturais e jamais impondo o que é “certo e errado”, numa atitude de quem é detentor do saber.⁽⁵¹⁾

Alem do núcleo familiar, outros espaços sociais, como as creches, escolas, casas de terceira idade, indústrias pertencente à área de abrangência da USF, passam a ser locais freqüentados pela ESB para o desenvolvimento de atividades preventivas e educativas em saúde bucal, de maneira a aumentar os conhecimentos da realidade local e o vínculo com a comunidade. Por fim, o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança na atitude dos profissionais de saúde bucal que atuam na atenção básica.⁽⁴⁶⁾

2.2.1. Cadastramento das Famílias no PSF

A estratégia do PSF tem como uma das suas principais etapas o cadastramento das famílias pertencentes a um território de abrangência. O território de abrangência é o espaço geográfico sob a responsabilidade de uma ESF, que deverá trabalhar em prol da resolutividade dos agravos à saúde que acometem os seus membros, bem como da prevenção dos agravos e da promoção da saúde naquele espaço. O Processo de definição da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) é denominado de territorialização, configurando-se mais do que determinar um simples espaço físico delimitado por fronteiras geográficas onde se desenvolverão as atividades da ESF. Devem-se reconhecer e identificar outras fronteiras delimitadas pelas características culturais, socioeconômicas, ambientais e de vida da população que nele vive, e que são importantes na estratégia de ação do PSF. Definir a territorialização significa que a ESF fica responsável pelos sujeitos que vivem nesta área, de maneira a permitir o efetivo acesso e vínculo ao serviço de saúde, baseado numa lógica numérica e nas necessidades da população. Esta responsabilização pelos sujeitos que vivem nesta área é denominada na estratégia do PSF de adscrição da clientela, de forma que as ações e serviços resultem em um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva.⁽¹⁾

Para conhecimento da realidade de saúde da população pertencente à área de abrangência é necessário realizar o cadastramento das famílias, com o

intuito de levantar o número de pessoas desta área, a estrutura etária, escolarização, condições de moradia, abastecimento de água, destino do lixo, entre outros aspectos que interferem no processo saúde doença, além da história pregressa da saúde das mesmas. Esses dados permitem que as equipes de saúde da família identifiquem a situação de saúde das comunidades e elaborem um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, na USF ou no domicílio, visando a resolução precisa e oportuna dos problemas.⁽¹⁵⁾

O cadastramento das famílias é atribuição básica dos ACS, pois além de membro da ESF, é ao mesmo tempo, membro da comunidade em que atua. Além de participar do cadastramento das famílias sob sua responsabilidade, o ACS deve zelar pela manutenção e atualização das informações obtidas, manter a equipe informada sobre pacientes sob risco de agravos, encaminhar os usuários ao Centro de Saúde quando necessário, acompanhá-los durante a evolução natural de agravos, identificar microáreas de risco em sua área e monitorar os riscos individuais e coletivos presentes nas mesmas.^(41,55) Recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) e que cada ACS da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF.⁽⁵⁶⁾

A necessidade de realizar o cadastramento das famílias gera um número muito grande de informações (principalmente com o aumento do número de equipes de saúde e de famílias acompanhadas) e faz dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) uma ferramenta importante para o gerenciamento

de tais informações. Com a implantação do PACS, foi criado o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários (SIPASC) sendo substituído pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no segundo semestre de 1997. Este sistema, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), se constitui num potente instrumento para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos dois programas e possui um grau de desagregação (microárea) que nenhum outro sistema de informação em saúde possui. O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do SIPACS, mas mantém a lógica central de seu funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional.⁽⁵⁶⁾ Assim, o SIAB foi desenvolvido para:⁽⁵⁷⁾

- a) dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizados pelos ACS e das ESF;
- b) gerar informações essenciais para as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e para o MS;
- c) auxiliar e agilizar tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias, tornando disponível um conjunto de informações às ESF, coordenadores e gestores locais de saúde;
- d) apoiar a priorização de ações dirigidas às comunidades dos municípios ou a distritos específicos;
- e) permitir uma avaliação do trabalho dos ACS e de toda a equipe de saúde;
- f) observar os impactos das ações de saúde desenvolvidas junto à comunidade.

O SIAB é composto por um programa de computador (*software*) e por algumas fichas (A, B, C, D) e relatórios.⁽⁵⁷⁾

A ficha A é de preenchimento obrigatório para os programas PACS e PSF, sendo preenchida pelo ACS nas primeiras visitas às famílias de sua comunidade, representando a ficha de cadastro familiar, com dados básicos de características sócio-econômicas, de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos. A ficha B é utilizada pelos ACS para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como: hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. A ficha C presta-se ao acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos, sendo o próprio Cartão da Criança fornecido pelo MS. A ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde, com campos específicos para cada um, para registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Também inclui informações sobre o número de consultas médicas por faixa etária, por tipo de atendimento, solicitação de exames, encaminhamentos médicos, algumas condições patológicas selecionadas como marcadores da atenção básica. Já os relatórios representam um consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro e acompanhamento.⁽⁵⁷⁾

O SIAB é uma fonte rica de dados que abarca informações importantes e abrangentes na área da saúde, e, além de servir para as ESF, serve também como fonte para vários tipos de pesquisas, para os órgãos governamentais, para as comunidades acadêmicas e para controle social. É muito importante

assegurar a qualidade dos dados inseridos no SIAB e todos os profissionais devem ter o máximo de cuidado na coleta dos dados para que haja maior confiabilidade nas informações processadas.⁽⁵⁸⁾

O levantamento de informações sistemáticas que permitissem o conhecimento de questões relacionadas ao comportamento de risco e padrões que pudessem indicar o grau de transmissibilidade de algumas doenças em determinadas comunidades serviria de ferramenta para facilitar o trabalho da vigilância sanitária e epidemiológica.⁽⁵⁹⁾

No âmbito da Odontologia, as informações gerais de saúde levantadas durante o cadastramento são essenciais para identificar problemas individuais e coletivos da população adscrita e devem subsidiar, juntamente com as informações relacionadas com as condições de saúde bucal, o desenvolvimento das ações preventivas e educativas no domicílio, assim como o encaminhamento das necessidades curativas para a USF.

2.2.2. Cadastramento das Condições de Saúde Bucal das Famílias

As USF possuem o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território, o cadastro de famílias de cada unidade, sendo recomendável que todos os profissionais se apropriem dessas informações antes de iniciar o planejamento de seu trabalho.⁽⁶⁾ É importante que o planejamento e a programação das ações odontológicas partam das informações epidemiológicas e da identificação de critérios de risco de adoecer, tendo em

vista a demanda acumulada por ações preventivas e curativas que existe em nosso país. Com a inserção da Odontologia no contexto do PSF existe a possibilidade de reorganizar o atendimento das necessidades curativas a partir do cadastramento das condições de saúde bucal realizado pela equipe de saúde bucal nos domicílios. Isso pode contribuir para um atendimento mais equânime, com aumento na cobertura e substituição em grande parte do atendimento por livre demanda. A possibilidade de reduzir as diferenças no acesso aos serviços odontológicos por meio da estratégia do PSF torna-se uma importante ferramenta para diminuir a marginalização dos serviços odontológicos e melhorar o quadro epidemiológico em saúde bucal, tendo em conta ainda que as diferentes situações sociais, econômicas e educacionais propiciam maneiras diversas de sentir e agir em relação à saúde bucal.⁽⁴⁶⁾

Em estudos epidemiológicos realizados por diversos autores em municípios brasileiros, tomada como referência a doença cárie, pode-se verificar que nos estratos socioeconômicos menos favorecidos predomina a necessidade de tratamento, enquanto que nos estratos com nível socioeconômico melhor, o tratamento executado está mais presente. Os estudos também apontam que há maior proporção de crianças livres de cárie pertencentes aos níveis socioeconômicos mais altos, sendo a maior prevalência da doença encontrada naquelas dos níveis mais baixos.⁽⁶⁰⁻⁶⁶⁾ O último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em 2003 no âmbito nacional continua a mostrar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal pelos brasileiros, já que cerca de 14% dos adolescentes nunca foram ao dentista. Existem desigualdades regionais marcantes, pois enquanto

menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relataram nunca ter ido ao dentista, quase 22% na Região Nordeste fizeram a mesma afirmação, sendo destacado como um dos principais motivos da ida ao dentista a experiência de dor dentária, relatada por mais de 30% dos adolescentes.⁽⁵⁾

Os profissionais de Odontologia, ao se inserirem nas ações e serviços desenvolvidos pela ESF, deverão elaborar, com o apoio dos gestores municipais e em conjunto com os demais membros da ESF e a população, plano de ação para o enfrentamento dos principais problemas identificados e definir estratégias de prioridades para o atendimento odontológico, de acordo com as necessidades da comunidade.

2.2.3. Critérios de Priorização para o Atendimento Odontológico Curativo da Cárie

Como descrito anteriormente, a inserção da equipe de saúde bucal no contexto do PSF dá uma nova dinâmica para a organização de serviços públicos na área odontológica, permitindo que haja um direcionamento, programado e agendado, para as atividades preventivas e curativas a partir do levantamento das condições de saúde bucal da família. A seguir são descritos dois critérios de priorização do atendimento odontológico para cárie, e que foram objeto de estudo nesta pesquisa. O primeiro critério foi retirado da ficha de cadastro das famílias sugerida pela SES de São Paulo⁽⁶⁾ (Anexo 1) e o segundo foi extraído da ficha proposta pela SES do Distrito Federal⁽⁷⁾ (Anexo 2).

2.2.4. Critérios de Priorização para o Atendimento Odontológico Curativo da Cárie Proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Considerando os determinantes sócio-econômico-culturais do processo saúde-doença e a integralidade das ações, o primeiro fator a considerar é o risco familiar, que poderá ser efetuado a partir da Ficha A do SIAB. As famílias de alto risco deverão ser as primeiras a participar da triagem para a identificação do risco individual e logo inseridas no grupo da assistência odontológica curativa. Nesta etapa, os indivíduos são classificados em três critérios de risco para cárie, abaixo descritos.⁽⁶⁾

- **Baixo risco:** sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença;
- **Risco moderado:** sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de doença;
- **Alto risco:** com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença.

Os indivíduos são classificados por risco, segundo a situação individual identificada durante a realização do exame bucal, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual.

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
Risco moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Este critério prioriza o tratamento curativo daqueles indivíduos que apresentam lesões de cárie cavitadas ativas e toma por referência a diferença entre a doença cárie e suas seqüelas, as cavidades de cárie. A capacidade de diferenciar as lesões cavitadas ativas das inativas é essencial para diferenciar o indivíduo doente, que deve ser submetido a um tratamento específico para controlar a doença, do indivíduo com seqüelas de uma doença que ocorreu em outro momento. Este critério também permite a identificação dos indivíduos com mancha branca ativa, sinal da atividade da doença cárie, estabelecida algum tempo antes do aparecimento das cavidades, sendo possível, quando diagnosticadas, interferir no processo carioso antes que as cavidades apareçam. Assim, a fase da doença caracterizada pela mancha branca ativa é

considerada lesão reversível, podendo ser controlada com abordagens educativas associadas ao uso adequado de flúor, mas quando a doença já atingiu o estágio irreversível, com presença de cavidade de cárie, esta deve ser restaurada após o controle da doença.⁽⁶⁾

Estabelecidos os grupos de risco, as ações básicas de tratamento curativo individual serão planejadas de acordo com a realidade e organizadas a partir das necessidades encontradas, das maiores e mais graves para as menores e de menor gravidade. A presença de dor e/ou abscesso (grupo F) é o critério de prioridade para a cárie dentária, estando no grupo de alto risco, o primeiro a receber tratamento. Seguem, como 2ª prioridade, os que apresentam uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda, classificados no grupo **E**. O grupo **C** é a 3ª prioridade de ação curativa, tendo em vista a necessidade de reabilitação dental, mas a ausência de atividade de doença (cavidades crônicas). O grupo com estágios reversíveis da doença, em que não há necessidade de tratamento curativo, grupo **D**, deve receber atenção individual ou em grupos pequenos, de maneira a controlar os fatores de risco e reverter o quadro para saudável. Para os grupos **B** (risco moderado de cárie) e **A** (baixo risco de cárie), devem ser realizadas atividades de manutenção da saúde bucal e reforço educativo.⁽⁶⁾

2.2.5. Critérios de Priorização para o Atendimento Odontológico Curativo da Cárie Propostos pela Secretaria de Estado do Distrito Federal

O modelo de ficha proposto pela SES do Distrito Federal⁷ tem como critério para a prioridade de tratamento curativo a quantidade e o tamanho da cavidade de cárie dentária que necessita de tratamento restaurador, segundo a situação individual. As famílias cadastradas seriam classificadas pelo código de necessidade de tratamento curativo, da seguinte forma:

1 (sem necessidade de tratamento);

2 (o número de cárie nesse código é de uma a cinco cavidades)

3 (mais de cinco cavidades, e/ou dor e/ou uma cavidade grande).

Zanetti⁽⁵²⁾ elaborou para este critério uma classificação para toda a família realizar o tratamento curativo na USF, tendo por base o que é observado nas crianças, ou seja, a prioridade da família é estabelecida pela situação do código de necessidade de tratamento curativo de todas as crianças de 6 a 14 anos de cada domicílio.

Primeira prioridade: famílias exclusivamente de código 3;

Segunda prioridade: nas combinações de código (3, 2 e 1) o código 3 tem maior peso e, quanto maior o número de códigos 3, maior a prioridade.

Terceira prioridade: famílias exclusivamente de código 2 têm maior prioridade.

Quarta prioridade: nas combinações de código 2 e 1, o código 2 tem maior peso e, quanto maior o número de códigos 2, maior a prioridade.

Quinta prioridade: nas combinações de código 3, 2 e 1, quanto maior o número de códigos 1, menor a prioridade.

Neste critério, os adultos serão atendidos no lugar das crianças código 1. A meta de tratamento para pacientes código 3 é o tratamento completo de adequação e o objetivo para os de código 2 é o tratamento completo restaurador. O critério de desempate, para as famílias em situação semelhante, dá prioridade a pessoas com doenças sistêmicas que possam ser agravadas por complicações odontológicas, famílias com adultos economicamente ativos desempregados, única mulher como arrimo de família, deficiente físico ou mental e pessoas em tratamento hospitalar.⁽⁵²⁾

É importante ressaltar que nesta pesquisa optou-se por restringir o estudo da doença cárie em crianças de 05 a 12 anos de idade, para que permitisse mais clareza nas comparações entre as duas propostas de classificação do atendimento curativo da cárie. Existem para os dois modelos de fichas mecanismos de classificação e inclusão das outras faixas etárias, aqui não estudadas, no atendimento odontológico curativo da USF. Nos Quadros 2 e 3 podem ser observados os arranjos e classificações das famílias.

Quadro 2. Pontuação das famílias para priorização da atenção curativa segundo os códigos de necessidade encontrados nas famílias, considerando todas as crianças entre 6 a 14 anos.

c/ 1 filho		c/ 2 filhos		c/ 3 filhos		c/ 4 filhos		c/ 5 filhos	
Arranjo	Classif.	Arranjo	Classif.	Arranjo	Classif.	Arranjo	Classif.	Arranjo	Classif.
3	5	3 3	4	3 3 3	3	3 3 3 3	2	3 3 3 3 3	1
2	40	3 2	28	3 3 2	16	3 3 3 2	9	3 3 3 3 2	6
1	51	3 1	32	3 3 1	19	3 3 3 1	11	3 3 3 3 1	7
		2 2	39	3 2 2	25	3 3 2 2	14	3 3 3 2 2	8
		2 1	47	3 2 1	29	3 3 2 1	17	3 3 3 2 1	10
		1 1	52	3 1 1	33	3 3 1 1	20	3 3 3 1 1	12
				2 2 2	38	3 2 2 2	23	3 3 2 2 2	13
				2 2 1	44	3 2 2 1	26	3 3 2 2 1	15
				2 1 1	48	3 2 1 1	30	3 3 2 1 1	18
				1 1 1	53	3 1 1 1	34	3 3 1 1 1	21
						2 2 2 2	37	3 2 2 2 2	22
						2 2 2 1	42	3 2 2 2 1	24
						2 2 1 1	45	3 2 2 1 1	27
						2 1 1 1	49	3 2 1 1 1	31
						1 1 1 1	54	3 1 1 1 1	35
								2 2 2 2 2	36
								2 2 2 2 1	41
								2 2 2 1 1	43
								2 2 1 1 1	46
								2 1 1 1 1	50
								1 1 1 1 1	55

Fonte: ZANETTI, C.H. Saúde bucal no programa de saúde da família (PSF): proposição e programação, 2000.

Quadro 3. Pontuação das famílias em ordem seqüencial de classificação e arranjo para a priorização da atenção curativa segundo os códigos de necessidade encontrados nas famílias com crianças entre 6 a 14 anos.

Classif.	Arranjo	Classif.	Arranjo	Classif.	Arranjo	Classif.	Arranjo
1	3 3 3 3 3	15	3 3 2 2 1	29	3 2 1	43	2 2 2 1 1
2	3 3 3 3	16	3 3 2	30	3 2 1 1	44	2 2 1
3	3 3 3	17	3 3 2 1	31	3 2 1 1	45	2 2 1 1
4	3 3	18	3 3 2 1 1	32	1	46	2 2 1 1 1
5	3	19	3 3 1	33	3 1	47	2 1
6	3 3 3 3 2	20	3 3 1 1	34	3 1 1	48	2 1 1
7	3 3 3 3 1	21	3 3 1 1 1	35	3 1 1 1	49	2 1 1 1
8	3 3 3 2 2	22	3 2 2 2 2	36	3 1 1 1	50	2 1 1 1 1
9	3 3 3 2	23	3 2 2 2	37	1	51	1
10	3 3 3 2 1	24	3 2 2 2 1	38	2	52	1 1
11	3 3 3 1	25	3 2 2	39	2 2 2 2	53	1 1 1
12	3 3 3 1 1	26	3 2 2 1	40	2 2 2	54	1 1 1 1
13	3 3 2 2 2	27	3 2 2 1 1	41	2 2	55	1 1 1 1 1
14	3 3 2 2	28	3 2	42	2		
					2 2 2 2		
					1		
					2 2 2 1		

Fonte: ZANETTI, C.H. Saúde bucal no programa de saúde da família (PSF): proposição e programação, 2000.

Mostra-se a seguir a importância e necessidade de organizar a demanda para o atendimento curativo da cárie, baseando-se em alguns informes à luz da

literatura científica sobre dados epidemiológicos da doença, bem como, as estatísticas de acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil.

2.3. Epidemiologia da Doença Cárie e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

As pesquisas epidemiológicas relacionadas à cárie dentária ganharam, em 1937, um precioso instrumento: o índice CPO (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), utilizado para medir a severidade da doença e estimar sua prevalência. O valor do índice é obtido, num indivíduo, pela soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, podendo variar de 0 a 32, e, em uma população, o valor corresponde à média do grupo. Os componentes "C", "P" e "O" referem-se, respectivamente, aos dentes que, no momento do exame, apresentam-se cariados, extraídos ou restaurados. Esse índice, proposto pela Organização Mundial de Saúde, vem sendo amplamente utilizado em todo o mundo, pois com base nos seus valores tem sido possível analisar diferentes situações e estabelecer metas epidemiológicas.⁽⁶⁷⁾

Enquanto, no âmbito internacional, vários países, como a Inglaterra e os países nórdicos, 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 MS. Outros levantamentos de nível nacional foram conduzidos pelo Ministério, em associação com entidades de classe e secretarias municipais e estaduais de saúde em 1993, 1996 e em

2003, quando foi finalizado o Projeto SB Brasil, o maior e mais completo levantamento em saúde bucal já realizado no país.⁽⁴⁵⁾

Tais levantamentos serão detalhados a seguir, de modo a justificar a necessidade de melhorias na saúde bucal e no acesso aos serviços odontológicos de crianças pertencentes às famílias com condições econômicas desfavoráveis e dependentes do SUS.

2.3.1. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (1986)

Este estudo, que foi o primeiro da área de saúde bucal com abrangência nacional, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na zona urbana. A escassez de recursos disponíveis fez com que se tornassem cruciais questões como a definição da população-alvo e o elenco de problemas a serem estudados. A opção final foi pela realização de um levantamento epidemiológico limitado à zona urbana de 16 capitais selecionadas como representativas do total de 27, com dados para as cinco macrorregiões, segundo faixas de renda familiar e procura por serviços odontológicos. Tal estudo mostrou que o índice CPO-D em crianças brasileiras evoluiu de 1,3 aos 6 anos para 6,7 (prevalência ainda “muito alta”) aos 12 anos.⁽²⁶⁾ Também, mostrava que crianças pertencentes a famílias cuja renda era de até dois salários mínimos mensais tinham 43,8% dos dentes com lesões de cárie, ao passo que aquelas pertencentes a famílias com renda mensal acima de cinco salários mínimos apresentavam 22,4% dos dentes cariados.⁽¹⁰⁾ Atuando como forte agravante desse quadro, a composição do índice mostrava

que 60% dos dentes estavam cariados; 6% com extração indicada; 5% extraídos; e somente 29% obturados, conforme dados entre crianças dos 6 aos 12 anos de idade.⁽⁴⁵⁾

Foi constatado um alto índice CPO-D em todas as faixas etárias, com poucas diferenças em relação à renda familiar, mas quando se comparam os componentes tratados e não tratados, as diferenças em relação à renda ficam mais marcantes. No grupo de 6 a 12 anos, por exemplo, as pessoas de renda mais baixa têm 20% de seus dentes obturados e 67% cariados, enquanto que as de renda mais alta têm respectivamente 55% e 40%, uma quase inversão do quadro epidemiológico em função de melhores condições de vida e acesso aos serviços. Com relação à distribuição do índice, apenas 19,5% da população de 12 anos apresentavam o índice máximo (3,0) recomendado pela OMS, enquanto 35% estavam no patamar mais alto, com CPO-D igual ou superior a 8,0.⁽⁶⁸⁾

2.3.2. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (1993)

Em 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI), com financiamento do MS em convênio com o Sesi e colaboração financeira da Kolynos do Brasil, realizou como parte integrante do Programa de Prevenção de Doenças Bucais, um levantamento epidemiológico em crianças de escolas mantidas pelo Sesi, e também, de algumas escolas públicas, em 114 municípios de 22 unidades federativas, abrangendo todas as macrorregiões brasileiras. Apesar de ter avaliado uma clientela “viciada”, na medida em que as escolas do Sesi são

diferenciadas do ponto de vista de acesso a medidas preventivas, o fato de ter tido uma abrangência nacional e de também ter avaliado escolas públicas deu-lhe crédito de dado nacional oficial na época. Do total de exames, 58.450 foram em crianças das escolas do SESI e 52.190 de escolas públicas, sendo que nestas escolas foi predominante a faixa etária de 7 a 14 anos. Em relação aos dados de 1986, pode-se verificar um declínio nos valores do CPO-D. O valor do CPO-D na idade de 12 anos atingiu 4,8 (prevalência “alta” – 4,5 a 6,5 – segundo a OMS), o que representa uma queda de 27,2% em relação ao dado de sete anos antes.⁽²⁶⁾

De acordo com os resultados, pode-se perceber, de uma forma geral, valores mais altos do índice CPO-D em todas as faixas etárias para as escolas públicas, em todas as regiões e em praticamente todas as idades. Além disso, uma diferença marcante é perceptível quando se analisam os componentes do CPO-D, pelos quais se pode verificar que a proporção de dentes obturados é muito maior nas escolas do SESI, em todas as idades. Do ponto de vista da distribuição, também houve uma melhora na situação, uma vez que a proporção de indivíduos com alto CPO-D diminuiu, enquanto que a proporção de valores mais baixos aumentou.^(26,68)

2.3.3. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (1996)

Em 1996, o Ministério da Saúde realizou um novo levantamento, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho

Federal de Odontologia (CFO) e as secretarias estaduais e municipais de saúde. A Área Técnica de Saúde Bucal, do referido Ministério, trabalhou pesquisando somente a cárie dental em crianças de 6 a 12 anos, de escolas públicas e privadas, das 27 capitais e do Distrito Federal, objetivando um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Em cada capital foram sorteadas 4 escolas, 2 públicas e 2 privadas, e examinadas, em cada uma delas, 40 crianças de cada idade. Em cada capital, portanto, foram examinadas 1.120 crianças, perfazendo um total de 30.240 em todo o País. Este levantamento sofreu muitas críticas em relação à fidedignidade dos dados, principalmente na determinação do seu plano amostragem. Com relação ao primeiro levantamento epidemiológico realizado em 1986, pode-se observar uma redução significativa, da ordem de 53,98%, no índice de ataque por cárie (CPO-D) aos 12 anos. Neste levantamento de 1996, o CPO-D médio aos 6 anos foi de 0,28 e aos 12 anos foi de 3,06. Este valor aos 12 anos está dentro da meta definida pela OMS a ser atingida pelos países até o ano 2.000, de acordo com o declínio da doença cárie apontado nos levantamentos citados anteriormente. Entretanto, pode-se evidenciar neste estudo diferenças regionais marcantes. As crianças de 12 anos das capitais da região Norte apresentaram CPO-D de 4,27, enquanto nas capitais das regiões Sul e Sudeste apresentaram CPO-D de 2,41 e 2,06, respectivamente.^(26,45,68)

2.3.4. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (2003)

O último e mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional foi conduzido pelo MS e 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 2.000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, entre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na pesquisa.^(5,45)

Este estudo⁵ revelou que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade, revelando que em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d = 1,1). Aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes atacados (ceo-d=2,8). Deve ser ressaltado que na maioria dos casos o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos e mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses. Tais valores apontam para a necessidade de desenvolver programas de saúde bucal que despertem as famílias para a importância da manutenção da saúde bucal em crianças de baixa idade, por meio de atividades preventivas e educativas, nos domicílios, espaços sociais e UBS, bem como, o encaminhamento dessas crianças para o tratamento curativo quando necessário. Ainda com relação às crianças de 5 anos, foram verificadas diferenças entre as macrorregiões, com média do ceo-d aos 5 anos na Região Norte cerca de 27% maior que a média da Região Sudeste, além da proporção de dentes cariados ser sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste.

No que se refere a crianças de 12 anos de idade, somente estas atingiram a meta da OMS para 2000, CPO-D menor ou igual a 3, revelando-se que nestas crianças o índice de ataque da cárie dentária na dentição permanente (CPO-D) atingiu a média de 2,8 dentes, com menores índices na região Sudeste e Sul, enquanto médias mais elevadas foram encontradas nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. Observou-se ainda que as Regiões Norte e Nordeste possuem médias mais altas de dentes cariados e perdidos quando comparadas com as outras Regiões Brasileiras. Mesmo tendo atingido a meta da OMS aos 12 anos, ainda assim a cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, já que cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença estavam sem tratamento.^(5,45)

Como pode ser observado, de acordo com os resultados de levantamentos epidemiológicos realizados em âmbito nacional, há um declínio na redução da prevalência da doença cárie, situação que já vem sendo percebida em países industrializados e relatada na literatura por diversos autores.⁽⁶⁹⁻⁷⁵⁾

Nadanovsky concluiu que os serviços odontológicos clínicos contribuíram relativamente pouco para o declínio da cárie e que os serviços de saúde não pessoais, isto é, aqueles que são colocados à disposição do público em larga escala, no caso de fluoretação das águas e dentifrícios fluoretados, é que tiveram um papel importante na melhoria da saúde bucal. Outras possíveis razões são as mudanças nos critérios de diagnóstico, no padrão de consumo de açúcar, amplo uso de antibióticos, melhoria na higiene oral e uma variação

cíclica natural. Esses fatores parecem ter exercido maior influência na redução da prevalência da cárie dentária do que os tratamentos odontológicos.⁽⁷²⁾

Peres descreve que os principais fatores responsáveis por esta queda sejam decorrentes da melhoria da qualidade de vida das populações, com impacto na saúde bucal, como o acesso amplo à educação e programas educativos de serviços de saúde e à possibilidade de aquisição de produtos de higiene bucal como dentifrícios fluoretados e escovas. O autor ressalta também a cobertura populacional realizada pelos serviços públicos de saúde, enfatizando a prevenção e utilizando associação de métodos, pessoal auxiliar, identificando e destinando atenção especial aos grupos de maior risco, como, também, a crescente produção e comercialização de dentifrícios fluoretados e o controle e fluoretação das águas de abastecimento público.⁽⁶⁹⁾

Embora a contribuição relativa dos serviços odontológicos na alteração dos níveis de cárie dentária aos 12 anos de idade seja muito pequena quando comparada às variáveis já mencionadas, a descentralização do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir de 1988 com a criação do SUS, viabilizou o surgimento e expansão de centenas de programas municipais de saúde bucal.⁽⁷⁶⁾ O processo de descentralização e a aprovação da portaria nº 184, de 9/10/1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, instituindo os Procedimentos Coletivos (PC) em saúde bucal na tabela de procedimentos vinculada ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), geraram uma grande expansão de programas de promoção da saúde bucal bem organizados e dirigidos aos que freqüentam pré-escolas,

escolas de 1º grau e outros espaços sociais, o que contribui também na redução da cárie dentária.⁽²⁶⁾

Apesar do acesso aos serviços odontológicos contribuir de forma pouco expressiva na redução da cárie, estes são de extrema importância para restaurar e reabilitar as seqüelas da doença. É importante que o planejamento desses serviços prestados à população considere a polarização da doença cárie, fenômeno que consiste na concentração da maior parte das doenças e das necessidades de tratamento em uma pequena parcela da população,⁽⁷⁷⁾ o que já vem ocorrendo em algumas localidades do país.^(65,78-80)

2.3.5. Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

No Brasil, a baixa cobertura populacional proporcionada pelos serviços odontológicos sempre foi objeto de inquietação entre aqueles preocupados com a saúde pública odontológica, pois, além de atender a poucas pessoas, o atendimento oferecido era para os tratamentos menos complexos, muitas vezes mutiladores. A exclusão do acesso à assistência odontológica no Brasil ainda é uma dura realidade, que pode ser comprovada por pesquisas realizadas em 1998 e 2003.⁽²³⁾ Em 1998 foi realizada pelo IBGE, em convênio com o MS, uma pesquisa sobre acesso e utilização dos serviços de saúde e os resultados deste estudo mostraram que aproximadamente 20% de brasileiros nunca foram ao dentista, com maiores proporções entre crianças menores de 4 anos e na população residente em áreas rurais.⁽⁴⁹⁾ A partir de dados da pesquisa de 1998, realizada pelo IBGE, ficou evidente a desigualdade na

utilização e acesso aos serviços de Odontologia no Brasil, mostrando que 77% das crianças de 0-6 anos nunca haviam consultado um dentista e, entre os adultos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os mais pobres.⁽⁸¹⁾

Esse quadro de profunda desigualdade na utilização e acesso a serviços odontológicos é comprovado com os resultados de um estudo realizado em Minas Gerais, segundo o qual a prevalência de uso regular de dentista por indivíduos de maior escolaridade é cerca de 10 vezes maior do que entre os menos escolarizados.⁽⁸²⁾ Outro fator agravante constatado por meio de uma comparação entre serviços odontológicos privados, públicos e de sindicatos, foi o de que os serviços públicos tendem a fazer muito mais tratamentos por extração e muito menos por restauração.⁽⁸³⁾

O Projeto SB Brasil, responsável pelo levantamento das condições de saúde bucal dos brasileiros, também revelou que, em 2003, uma parcela importante da população brasileira não tinha acesso a serviços odontológicos. Pelo estudo, 2,5 milhões de adolescentes (13% da população) nunca foram ao dentista. Entre a população adulta 3% nunca estiveram em um consultório dentário, sendo que, entre os idosos, este número cresce para 6%. A região Nordeste apresentou a maior concentração de pessoas sem acesso a Odontologia, e a região Sul foi a mais bem sucedida neste aspecto.⁽⁵⁾

Na tentativa de ampliar o acesso a serviços odontológicos, o MS vem, desde 2000, trabalhando no processo de inclusão da saúde bucal no PSF. A ampliação das equipes do PSF, com a implantação da ESB, prevista na Portaria 1.444,⁽⁴⁸⁾ de 28/12/2000, vem sendo um importante passo para a

reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população de baixa renda às ações preventivas, educativas e de tratamento odontológico. Como no Brasil há uma imensa desigualdade na dimensão social, econômica e educacional, que gera diferentes condições de saúde bucal na população, bem como desigualdade no acesso aos serviços odontológicos, é possível no âmbito do PSF, por meio do cadastramento das condições de saúde bucal, diminuir o impacto das desigualdades acima citadas e contribuir para uma melhoria do quadro epidemiológico de saúde bucal no país. Para tanto, devem-se realizar pesquisas que contribuam para o aprimoramento de sistemas de triagens que possam lidar efetivamente com as questões da iniquidade, para melhoria de acesso e utilização de serviços de saúde bucal.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

*"Se você quer os acertos,
esteja preparado para os erros."*

Carl Yastrzemski

O campo de estudo para a realização dessa pesquisa foi o Município de Ipiguá, que integra a Região Administrativa de São José do Rio Preto, e possuía, em 2005, uma população estimada de 4195 habitantes. Uma análise das condições de vida de seus habitantes mostra que os responsáveis pelos domicílios auferiam, em média, R\$ 543,00, sendo que 65,1% ganhavam no máximo três salários mínimos. Esses responsáveis tinham, em média, 4,6 anos de estudo, 20,3% deles completaram o ensino fundamental, e 11,7% eram analfabetos. Em relação aos indicadores demográficos, a idade média dos chefes de domicílios era de 46 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 15,3% do total. As mulheres responsáveis pelo domicílio correspondiam a 11,8% e a parcela de crianças com menos de cinco anos equivalia a 8,4% do total da população.⁽⁸⁴⁾ Foram estudadas crianças na faixa etária entre 5 e 12 anos de idade, constatando-se que de acordo com as estimativas estratificadas por idade do IBGE havia 602 crianças residentes neste município em 2005. O grupo estudado foi de 538 (89,3%) crianças, correspondendo à totalidade das que não faltaram à escola nos dias dos exames definidos para a obtenção dos dados neste estudo e que trouxeram devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsáveis o termo de consentimento para participação na pesquisa. Antecedendo à coleta dos dados

o Projeto de Pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Coração de São José do Rio Preto (INCOR), obedecendo-se aos critérios de pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO 3). Ainda, preenchendo outros requisitos fundamentais da Resolução 196/96 do CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, os formulários (ANEXO 4) foram distribuídos previamente pelos professores, com apoio e autorização das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde de Ipiranga.

Como procedimento de coleta dos dados, realizada pelo autor desta pesquisa, foram realizados o exame bucal nas crianças incluídas no estudo e o preenchimento dos dois critérios de cadastramento das condições de saúde bucal usados para se determinar a prioridade do tratamento restaurador da cárie. Como o objeto desta pesquisa foi a organização da demanda para o atendimento clínico curativo, foram consideradas apenas as informações relativas à presença de lesão cavitada, descartando as outras informações contidas nas duas fichas de cadastramento familiar.

Vale lembrar que os dois critérios aqui estudados são utilizados no âmbito do Programa Saúde da Família, um sugerido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo⁽⁶⁾ e o outro, pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.⁽⁷⁾ O critério proposto pela **Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo** apresenta seis códigos para classificar a situação encontrada durante o exame de triagem:

- A** (ausência de lesão);
- B** (história de dente restaurado);
- C** (cavidade de cárie crônica);

D (presença de placa, gengivite e mancha branca ativa);

E (cavidade de cárie aguda) e

F (presença de dor).

Neste modelo de cadastramento, a determinação do atendimento clínico individual para a cárie, na unidade de saúde da família, teria como prioridade os indivíduos classificados como **F**, seguidos, conforme a possibilidade, pelos classificados como **E** (alto risco, cavidade de cárie com cor amarelada, aspecto úmido e amolecido) e, finalmente, os classificados como **C** (risco moderado, cavidade de cárie com cor escurecida, brilhante, aspecto endurecido, considerando-se também os dentes permanentes com restaurações provisórias). A presença de cavidade aguda e crônica na mesma criança foi classificada a pior situação de risco (cárie aguda). Todas as crianças que não apresentaram cavidades de cárie (códigos **A**, **B**, e **D**), ou seja, sem necessidade de tratamento curativo foram excluídas, uma vez que o objeto de estudo nesta pesquisa foi a priorização do tratamento curativo a ser realizado na Unidade de Saúde da Família.

Já o modelo de ficha proposto pela **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal** tem como critério para a prioridade de tratamento curativo a presença de dor, a quantidade e o tamanho da cavidade de cárie dentária que necessita de tratamento restaurador, segundo a situação individual. Este critério possui três códigos para classificar a situação encontrada durante o exame de triagem:

1 (sem necessidade de tratamento);

2 (o número de cavidades nesse código é de uma a cinco) e

3 (mais de cinco cavidades, e/ou dor e/ou uma cavidade grande).

Os indivíduos de **código 3** têm prioridade de tratamento sobre os indivíduos classificados com o **código 2**. Como neste modelo não há um critério para definir “**cavidade grande**”, convencionou-se neste estudo classificá-la como todo dente que necessitasse de tratamento pulpar ou extração. Da mesma forma que o critério anterior, as crianças que não apresentavam cavidades de cárie com necessidade de tratamento odontológico curativo (**código 1**) foram eliminadas das comparações entre os critérios de priorização do tratamento curativo.

Juntamente com o preenchimento das fichas segundo os dois critérios de priorização do tratamento curativo, o examinador registrou o tipo de tratamento que seria mais adequado para os dentes examinados, classificando-os de acordo com as características clínicas citadas abaixo:

Nenhum tratamento (**código 0**) – este código foi utilizado caso uma coroa esteja hígida ou restaurada sem cárie ou não erupcionou ou o dente está ausente como resultado da cárie ou por qualquer razão.

Restauração em uma única face (**código 1**) - este código foi utilizado quando uma coroa necessita de uma restauração ou coroa protética devido à presença de uma cavidade de cárie inconfundível em uma única face ou uma restauração insatisfatória em uma única face ou restauração provisória em uma única face.

Restauração em duas ou mais faces (**código 2**) - este código foi utilizado quando uma coroa necessita de uma restauração ou coroa protética devido à presença de uma ou mais cavidades de cárie inconfundíveis em duas ou mais

faces ou uma restauração insatisfatória em duas ou mais faces ou restauração provisória em duas ou mais faces.

Tratamento pulpar com restauração (**código 3**) – este código foi utilizado para indicar que um dente provavelmente necessita de tratamento pulpar antes da restauração simples ou protética, devido a uma cárie profunda ou extensa no dente.

Exodontia (**código 4**) – o dente foi classificado como indicado para exodontia quando a cárie destruiu tanto o dente que ele não pode ser restaurado.

O registro dos tratamentos necessários na população estudada permitiu ao pesquisador realizar uma discussão mais aprofundada acerca dos dois critérios de priorização do atendimento e suas implicações para o serviço de saúde e para a saúde das crianças.

Antes da coleta dos dados foram pré-selecionadas 20 crianças, de tal forma que apresentassem, coletivamente, todas as condições esperadas da população a ser examinada, para a realização de exames em duplicatas. Após o período de uma semana, as mesmas crianças foram reexaminadas para aferir os erros intra-examinador, através do cálculo da taxa de concordância e estatística kappa (k) para os critérios de priorização do atendimento. Nesta amostra, a concordância intra-examinador e a estatística kappa alcançadas para os critérios de priorização foram respectivamente 93% e 0,90. Para realizar a concordância intra-examinador e a estatística kappa das necessidades de tratamento, os dentes que não precisavam de tratamento não foram incluídos no cálculo, pois estes são em número muito superior aos

dentos com necessidade de tratamento, o que poderia gerar uma visão exageradamente otimista da concordância obtida. Nesta amostra, a concordância intra-examinador e a estatística kappa alcançadas para as necessidades de tratamento foram respectivamente 85% e 0,77.

O exame foi realizado sempre na mesma área das escolas, sob luz natural, com auxílio de espelho plano e sonda exploradora, ficando o examinador sentado e a criança, a sua frente, examinada em pé. Todas as crianças que participaram deste estudo receberam uma escova dentária e dentífrico, doados por uma empresa de produtos de higiene pessoal, o que permitiu que fosse realizada a escovação prévia ao exame. O cirurgião-dentista examinador foi o próprio autor deste estudo, que também orientou e supervisionou o registro das informações, feito por uma auxiliar de consultório dentário.

Com o intuito de detectar a ocorrência de mudanças na forma de aplicar os critérios, a cada 100 crianças examinadas, 10 exames em duplicata foram realizados e aplicados o cálculo da taxa de concordância e a estatística kappa (k). Do início dos exames bucais até o seu término (538 crianças) foram reexaminados 50 escolares, obtendo-se 84% de concordância global entre os exames e reexames, com índice da Kappa de 0,77.

Frente às diversidades na maneira de organização da demanda e tendo em conta o **objetivo** deste estudo, que foi avaliar os dois critérios utilizados no cadastramento das condições de saúde bucal como forma de priorizar o atendimento odontológico curativo da cárie entre crianças de 5 a 12 anos, os dados obtidos foram agrupados e relacionados, apontando as tendências na

organização de atendimento. O tratamento dos dados foi feito em números absolutos e proporções e apresentados no estudo em forma de tabelas. As tabelas tiveram o título descrito de forma simples, de modo a evitar repetições e destacar o conteúdo, e o cálculo dos percentuais foi feito com uma casa decimal.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Não há saber mais
ou saber menos.
Há saberes diferentes.*

Paulo Freire

Apesar de vários estudos demonstrarem que a prevalência da doença cárie diminuiu nas últimas décadas, em países industrializados ^(69-75,85,86) e no Brasil, ^(5,10,26,45,65,76) a cárie dentária ainda permanece como um grande problema de saúde pública. Isto porque os estudos epidemiológicos têm demonstrado que a redução da prevalência da doença cárie foi acompanhada pela polarização do agravo, ^(65,78) sendo relatada com freqüência na literatura em grupos de população submetidos à privação social. ^(62,66,87,88) O termo polarização é definido como concentração de 75% dos problemas dentários relacionados à cárie em 25% da amostra. Entretanto, por menor que seja o impacto dos serviços restauradores na redução da doença cárie, estes são importantíssimos para os indivíduos, principalmente aqueles atingidos pelo fenômeno da polarização, de forma restabelecer a funcionalidade do aparelho estomatognático, como também, na sua inserção social.

O fato de a doença cárie concentrar índices mais altos em pequenos grupos populacionais mais desfavorecidos do ponto de vista social, econômico e educacional, dentro de um mesmo país, região, município e até mesmo dentro da área de abrangência da ESF (microareas de risco), indica a necessidade de iniciar o cadastramento das condições de saúde bucal nas

microáreas de maior risco. Dessa forma, em locais em que já existem ESF em atividade, e nos quais a ESB está sendo implantada, seria útil a análise das informações contidas na ficha A do SIAB, para orientar o início do processo de cadastramento das condições de saúde bucal das famílias. As informações sobre as condições de vida da família e sua inserção social, existentes na ficha A do SIAB, são importantes para conhecer a realidade em que vive a família, e devem ser analisadas de forma conjunta com as informações obtidas durante o cadastramento das condições de saúde bucal da família, com o objetivo de atender ao princípio da equidade.

Iniciar o cadastramento das famílias pelas microáreas de maior risco é uma maneira justa de priorizar o atendimento odontológico curativo da cárie para as crianças pertencentes a estas famílias. Entretanto, mesmo trabalhando de forma focalizada, atendendo primeiro às famílias dessas microáreas, o processo de cadastramento para determinação da prioridade do atendimento curativo necessitaria de muito tempo, se fosse realizado somente pelos membros que compõem a equipe de saúde bucal. É preciso lembrar que o cadastramento das condições de saúde bucal da família deve ser estendido para atender a uma média entre 600 a 1000 famílias, por equipe de saúde bucal, e que uma série de variáveis interfere na agilização deste processo. Uma dessas variáveis é a ausência de alguns membros da família durante a visita domiciliar para a realização do exame bucal e o preenchimento das informações necessárias na determinação das prioridades. No caso das crianças é muito comum que estejam na escola ou brincando em outro lugar que não o domicílio. Também não é difícil encontrar situações em que os

adultos responsáveis pelas crianças estejam trabalhando fora, ficando uma criança ou adolescente responsável pelo(s) irmão(s) mais novo(s), o que impede a realização do exame bucal com o consentimento dos responsáveis.

No caso das crianças em idade escolar, essas informações podem ser levantadas nas escolas pertencentes à área de abrangência da USF. Este levantamento pode ser realizado pelo cirurgião-dentista, que teria totais condições de avaliar a atividade da doença, quantidade de cavidades de cárie e as necessidades de tratamento para se determinar, de forma mais equânime, a priorização do tratamento curativo da cárie em crianças. O levantamento, pelos dentistas, das condições de saúde bucal das crianças nestes espaços sociais (escolas e creches) e a identificação pelo ACS das áreas e microáreas de risco a que pertencem estas crianças facilitariam o planejamento da rotina de acesso curativo de forma programada. É importante salientar que o uso de espaços sociais (escolas e creches) para facilitar a rotina de acesso das crianças ao atendimento não pode influenciar na cultura do PSF, que deve ter como foco de atenção o núcleo familiar. A rotina de atividades preventivas desenvolvidas para toda a família, nos domicílios, principalmente aquelas que podem ser realizadas pelo agente comunitário, deve ser considerada a principal estratégia para alcançar a melhoria de condição de saúde bucal na comunidade.

Outro mecanismo para agilizar o processo de cadastramento seria a utilização do ACS, em sua área de abrangência, como o responsável pela realização do exame bucal, pois, desta forma, isto estaria sendo realizado em 6 ou 7 áreas ao mesmo tempo (média de ACS por ESF). Entretanto, para que

isso possa acontecer, este ACS deve ser capacitado pela ESB, durante a realização de tratamentos odontológicos em usuários na USF e, paralelamente a essa atividade, desenvolver as atividades preventivas nos domicílios, antes do processo de cadastramento das condições de saúde bucal, para obter mais confiança e habilidade na realização do exame bucal.

Neste estudo optou-se por fazer o levantamento das condições de saúde bucal das crianças nas escolas devido a sua permanência neste espaço, o que facilita a realização de vários exames em um mesmo dia. As informações sobre a condição dental e necessidades de tratamento levantadas neste estudo, juntamente com as informações obtidas durante o processo de cadastramento das famílias pela ESF, orientaram a organização da demanda para o atendimento odontológico curativo da cárie em crianças nesse município.

A **Tabela 1** mostra a distribuição das 538 crianças na faixa etária de 05 a 12 anos de idade, quanto à necessidade de tratamento curativo de cárie, observando-se que 313 (58,1%) apresentavam alguma necessidade de intervenção restauradora curativa.

Tabela 1. Prevalência de escolares na faixa etária 05 a 12 anos, segundo necessidade de tratamento curativo para cárie. Ipiguá – SP, 2005.

Idade	Quantidade de crianças examinadas	Quantidade de crianças com necessidade de tratamento curativo para cárie	
		N	%
05	53	27	50,9
06	78	55	70,5
07	64	47	73,4
08	53	36	67,9
09	82	50	60,9
10	68	40	58,8
11	62	27	43,5
12	78	31	39,7
TOTAL	538	313	58,1

Os resultados em relação à necessidade de tratamento curativo para cárie mostram os reflexos da baixa cobertura dos serviços odontológicos prestados, assim como a ausência de um programa de saúde bucal coletiva no ambiente escolar e de um sistema de fluoretação das águas de abastecimento público.

Atualmente o município tem apenas uma UBS que possui um equipo odontológico com dois postos de trabalho para cirurgiões-dentistas, em horários alternados, e um auxiliar de consultório, para responder às necessidades de tratamento odontológico da população.

Nesse município, até 2005, nenhum programa de prevenção com atividades coletivas foi desenvolvido de forma freqüente e regular no âmbito escolar. Em 2006 foi adquirido pela Prefeitura um escovódromo portátil, com o objetivo de dar início a um programa de escovação supervisionada pelos professores da rede pública de ensino.

O sistema de fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ipiguá teve início apenas em 2005, sendo que a cobertura deste benefício esbarra na questão da localização do domicílio. Conforme os resultados do censo IBGE, 44% dos habitantes residem na zona rural e seus domicílios são abastecidos por poço ou nascente, ou seja, dos 1003 domicílios, apenas 587 (58,5%) recebem água pela rede geral de abastecimento do município.⁽⁸⁹⁾

O preenchimento dos dois modelos de fichas para as mesmas crianças permitiu verificar, conforme os dados da **Tabela 2**, que há uma inversão na distribuição do número de crianças quanto às prioridades de tratamento conforme os critérios. No grupo das crianças classificadas como primeira prioridade para o tratamento, o critério adotado pela SES de São Paulo, que se baseia na atividade da doença, determinou 75,4 % das crianças como primeira prioridade, enquanto que o critério da SES do Distrito Federal determinou 76,6 % das crianças como segunda prioridade para atendimento.

Tabela 2. Número e percentual de crianças de 5 a 12 anos quanto à prioridade no tratamento curativo para cárie, segundo os critérios definidos. Ipirigá – SP, 2005.

idade	Quantidade de crianças com necessidade de tratamento	Critério da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo				Critério da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal			
		1ª prioridade		2ª prioridade		1ª prioridade		2ª prioridade	
		N	%	N	%	N	%	N	%
05	27	19	70.3	08	29.7	09	33.3	18	66.6
06	55	49	89.1	06	10.9	22	40.0	33	60.0
07	47	42	89.3	05	10.7	16	34.0	31	66.0
08	36	28	77.8	08	22.2	10	27.7	26	72.3
09	50	35	70.0	15	30.0	08	16.0	42	84.0
10	40	27	67.5	13	32.5	04	10.0	36	90.0
11	27	16	59.2	11	40.8	02	07.4	25	92.6
12	31	20	64.5	11	35.5	02	06.4	29	93.6
05-12	313	236	75,4	77	24.6	73	23.4	240	76.6

Durante a realização dos exames e preenchimento dos critérios para as mesmas crianças, alguns aspectos foram considerados, pelo autor, incompletos na determinação da prioridade do tratamento odontológico das crianças. Com relação ao critério de priorização proposto pela SES de São Paulo, entre as crianças que apresentavam necessidade de tratamento restaurador curativo, a maioria (75,4%) possuía uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda, o que gerou um grupo muito grande de crianças como primeira prioridade para receber o tratamento odontológico. Seria então útil acrescentar a esse critério outros aspectos, no momento de

determinar uma ordem de encaminhamento das crianças, tais como, o número de dentes com lesões cavitadas e o tipo de tratamento necessário. Com relação à quantidade de dentes com lesão cavitada, é evidente que, quanto maior o número de lesões cavitadas em situação aguda, maior a prioridade para receber o tratamento odontológico. Esse é um aspecto abordado no critério proposto pela SES do Distrito Federal, que quantifica, por meio de seus códigos, a quantidade de cavidades de cárie (até 5 cavidades; mais de 5 cavidades) para cada criança examinada, porém não de forma detalhada.

O critério proposto pela SES do Distrito Federal, por não levar em conta a atividade da doença para a priorização do atendimento odontológico, pode ser considerado um método que intervém de maneira menos rápida e precisa no processo de progressão da doença presente, quando comparado com o critério adotado pela SES de São Paulo. Considerar somente o número de cavidades de cárie e o seu tamanho para a priorização do atendimento odontológico pode ocasionar situações em que lesões cavitadas ativas se agravem em decorrência da espera para o tratamento, aumentando a complexidade e o custo do procedimento.

O tipo de tratamento necessário serviria como um critério de desempate, em situações de crianças com o mesmo número de cavidades. O número de dentes com lesões cavitadas e suas necessidades de tratamento curativo, em conformidade com a oferta dos procedimentos realizados na USF (restaurador, pulpar e extração), resultaria um encaminhamento mais coerente, além de permitir, por meio dessas informações, uma previsão dos procedimentos que poderiam ser realizados na primeira consulta. Neste caso, sempre levando em

consideração a possibilidade de oferta de serviços de cada Unidade de Saúde, o tratamento restaurador teria um peso maior na determinação da prioridade, seguido das necessidades de tratamento pulpar mais restaurador, seguido por sua vez, das necessidades de extração.

Quanto às necessidades de tratamento dos dentes das crianças, verificadas no presente estudo, observou-se predomínio do tratamento restaurador sobre os demais. Pode-se observar na **Tabela 3** que, dos 1216 dentes que necessitavam de tratamento, 44,6% tinham indicação de restauração de duas ou mais superfícies. As restaurações envolvendo uma superfície dentária corresponderam a 36,4%, as exodontias a 11,1% e tratamentos de canal foram indicados em 7,9% dos dentes.

Tabela 3. Quantidade e média de crianças e dentes com necessidade de tratamento e sua distribuição em números absolutos e percentuais, segundo o tipo de tratamento odontológico em escolares de 5 a 12 anos. Ipiguá -SP, 2005.

Idade	Quantidade de crianças com necessidade de tratamento	Quantidade de dentes com necessidade de tratamento	Média de dentes por criança com necessidade de tratamento	Quantidade e tipo de tratamento							
				Restauração de 1 superfície		Restauração de 2 ou mais superfícies		Pulpar com restauração		Extração	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	27	123	4.5	35	28.5	69	56.1	07	5.6	12	9.8
6	55	258	4.6	65	25.2	147	57.0	16	6.2	30	11.6
7	47	240	5.1	73	30.5	117	48.7	18	7.5	32	13.3
8	36	162	4.5	56	34.6	68	41.9	14	8.6	24	14.9
9	50	179	3.5	70	39.1	72	40.3	19	10.6	18	10.0
10	40	119	2.9	61	51.2	33	27.8	13	10.9	12	10.1
11	27	58	2.1	31	53.4	19	32.8	04	6.9	04	6.9
12	31	77	2.4	52	67.5	17	22.1	05	6.5	03	3.9
Total	313	1216	3.8	443	36.4	542	44.6	96	7.9	135	11.1

O tratamento restaurador, de maior necessidade entre as crianças, conforme demonstrado na **Tabela 3**, pode ser realizado por meio da técnica do tratamento restaurador atraumático. Esta é uma técnica bastante indicada para uso no serviço público, por ser de baixo custo, simples execução, conservadora da estrutura dentária, boa aceitação pelo público infantil e o percentual de sucesso das restaurações tem sido satisfatório, principalmente em classe I e V. Para os dentes permanentes, esta pode ser uma primeira fase do tratamento, o que permitiria uma melhor remineralização da lesão de cárie dentinária interna,

para que, numa segunda fase, o procedimento restaurador com materiais definitivos possa ser realizado com menor desgaste da estrutura dentinária.⁽⁹⁰⁻⁹²⁾

Portanto, o levantamento das necessidades de tratamento durante a realização do cadastramento pode servir como um dos critérios para a determinação da prioridade do tratamento curativo, bem como, quando interpretado na sua totalidade, subsidiar a apuração da necessidade dos recursos materiais, humanos e a previsão do tempo de trabalho para responder à realidade epidemiológica local.

No grupo das crianças com segunda prioridade para o atendimento odontológico (códigos 2 e C), o critério da SES do Distrito Federal incluiu 240 crianças (76,6%), enquanto que o critério da SES de São Paulo incluiu 77 crianças (24,6%). Porém, durante o exame constatou-se entre as crianças de 5 e 6 anos, classificadas com o código C, que 5 (6,1%) delas tinham extensa destruição coronária, ocasionada provavelmente por cárie de mamadeira nos primeiros dois anos de vida, necessitando de tratamentos restauradores, pulpares e extrações ao mesmo tempo, mas, não apresentavam atividade da doença no momento. Conforme o critério adotado pela SES de São Paulo, crianças que possuem uma lesão cavitada aguda terão prioridade no atendimento odontológico sobre aquelas que possuem lesões cavitadas em situação crônica, independente do número de cavidades. É importante ressaltar que as seqüelas da doença, principalmente quando envolvem extensas destruições coronárias, como aquelas constatadas nas 5 crianças supra citadas, influenciam na saúde sistêmica e no psicológico da criança. É

necessário que, em situações como esta, haja um mecanismo para oferecer atendimento odontológico, simultaneamente às crianças com atividade da doença e às crianças com seqüelas da doença, principalmente nos casos com extensas destruições coronárias.

Extensas destruições coronárias com prejuízo funcional da coroa, no processo da mastigação, estão associadas a uma menor ingestão de calorias e nutrientes, bem como, à possibilidade de mudança na qualidade da dieta.⁽⁹³⁾ Do ponto de vista psicológico, a perda precoce dos dentes, principalmente em se tratando de crianças em idade escolar, pode prejudicar o processo de socialização da criança.⁽⁹⁴⁾ Ainda, os defeitos estéticos dos dentes pioram a atitude da criança consigo mesma e com outros, principalmente se esses defeitos forem visíveis na fala e no sorriso.⁽⁹⁵⁾ Neste caso, pode-se optar por estipular cotas de atendimento odontológico na USF para os dois grupos, com proporção maior de atendimentos para o grupo das crianças com presença de atividade da doença. A determinação das cotas de atendimento pode ter como parâmetro a proporção de crianças classificadas nos grupos lesão cavitada de cárie aguda (código E) e lesão cavitada de cárie crônica (código C) e os tipos de necessidades de tratamento.

É importante salientar que, se não houver um correto diagnóstico da doença cárie, em termos da probabilidade da ocorrência atual e futura da doença, durante o cadastramento e/ou durante a realização do tratamento restaurador, novas lesões de cárie poderão ocorrer. Isso se deve ao fato de que o tratamento restaurador, por si só, não garante o controle do desenvolvimento da doença cárie no indivíduo, bem como, não ocasiona

redução da prevalência de cárie na população. A doença pode ser estacionada em qualquer estágio de desenvolvimento da lesão (lesões ativas em nível sub-clínico a lesões ativas com cavidade) sendo necessário, para isto, medidas que interfiram na progressão da doença, tais como: a remoção regular da placa bacteriana, controle da dieta e terapia tópica de fluoreto, ou seja, o tratamento da doença cárie dentária deve ser baseado em medidas não operatórias.⁽⁹⁶⁾

O critério proposto pela SES de São Paulo determina riscos de acordo com as características das etapas visíveis da doença cárie e que podem ajudar a definir as atividades preventivas, educativas, prioridades de tratamento, bem como o período de retorno à USF, aspectos importantíssimos para o estacionamento da doença cárie.⁽⁶⁾ No **Quadro 4**, pode-se verificar que a partir das informações levantadas durante o cadastramento proposto pela SES de São Paulo é possível um planejamento mais detalhado das ações em saúde bucal, que poderá ser desenvolvido tanto na USF, como nos espaços sociais e domicílios.

Quadro 4. Ações de saúde bucal, conforme grupo de risco de cárie.

Ação	Risco de cárie					
	baixo	médio			alto	
	A	B	C	D	E	F
Educação em saúde	X	X	X	X	X	X
Escovação supervisionada	X	X	X	X	X	X
Aplicação tópica de flúor anual		X	X			
Aplicação tópica de flúor seriada				X	X	X
Prioridade 1 para tratamento						X
Prioridade 2 para tratamento					X	
Prioridade 3 para tratamento			X			
Retorno anual	X	X	X			
Retorno 8 meses				X		
Retorno 4 meses					X	X

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. 2001.

Pode-se verificar que o planejamento das ações a partir do critério proposto pela SES de São Paulo é determinado pela atividade da doença e não pelas suas seqüelas, diferente da proposta usada pela SES do Distrito Federal, que tem como parâmetro para a prioridade de tratamento a quantidade de cavidades existentes.

Por outro lado, é importante lembrar que a ficha de cadastramento das condições de saúde bucal deve ser simplificada ao máximo, de modo a reduzir incertezas e interferências no desenvolvimento das atividades de rotina da equipe de saúde da família. No critério proposto pela SES de São Paulo, o exame de triagem é mais minucioso porque possui mais critérios de classificação e exige capacitação ou treinamento mais aprofundado da pessoa que estiver realizando o exame de cadastramento, principalmente se este for um técnico de higiene dental, auxiliar de consultório dental ou o ACS. Este treinamento deve abranger as características clínicas do desenvolvimento da lesão cariiosa. Com o avanço da lesão de mancha branca, sua visualização é possível mesmo em presença de saliva, entretanto, a identificação clínica da lesão cariiosa no estágio inicial e o seu diagnóstico diferencial com mancha branca inativa só são possíveis após a secagem da superfície e com luminosidade suficiente, o que ocasiona aumento na complexidade do exame, quando comparado com a proposta da SES do Distrito Federal, em que o exame busca quantificar as cavidades. Entretanto, este aumento na complexidade do exame é justificável, pois, não levar em conta a atividade da doença pode ser considerado um método que intervém de maneira menos rápida e precisa no processo de progressão da doença presente. A identificação da atividade da doença deve ser sucedida do controle dos fatores de risco e uso racional do flúor, sendo que, na medida do possível, esta ação deve ser desenvolvida pelo técnico de higiene dental, auxiliar de consultório dental ou ACS, sob orientação do cirurgião-dentista.

Como mencionado anteriormente, os dois critérios aqui estudados determinam, após o exame bucal, um grupo de crianças com primeira prioridade de tratamento e um outro grupo de crianças com segunda prioridade de tratamento, que deverá ocorrer na USF. A partir da definição dos grupos de crianças quanto à prioridade, os autores identificaram e quantificaram as crianças que coincidiram na mesma prioridade, após o preenchimento dos dois critérios para as mesmas crianças. A **Tabela 4** revela a distribuição de 313 crianças, presentes ou não na mesma prioridade, de acordo com os dois critérios de priorização do atendimento. Verifica-se que a maioria das crianças (59,4%) não coincidiu na determinação da prioridade do tratamento curativo, sendo que 61 crianças (19.4%) coincidiram na 1ª prioridade e 66 crianças (21%) foram coincidentes na 2ª prioridade. A análise dos dados permite afirmar que a concordância dos critérios para determinar a prioridade de tratamento é baixa.

Tabela 4. Número e percentual de crianças de 5 a 12 anos, presentes ou não na mesma prioridade, segundo os critérios. Ipiruá – SP, 2005.

Idade	Quantidade de crianças com necessidade de tratamento	Crianças presentes na mesma prioridade				Crianças não presentes na mesma prioridade	
		1ª prioridade		2ª prioridade		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
5	27	5	18.5	2	7.4	20	74.0
6	55	20	36.3	4	7.2	31	56.3
7	47	14	29.7	3	6.3	30	63.8
8	36	7	19.4	6	16.6	23	63.8
9	50	8	16.0	15	30.0	27	54.0
10	40	4	10.0	13	32.5	23	57.5
11	27	1	3.7	10	37.0	16	59.2
12	31	2	6.4	11	35.4	18	58.0
Total	313	61	19.4	66	21.0	186	59.4

A baixa concordância entre os dois critérios aqui estudados mostra a necessidade de mais estudos neste sentido, de maneira a aproveitar as experiências odontológicas que vêm sendo adotadas no âmbito do PSF, objetivando a padronização de um modelo de cadastro nacional em saúde bucal. A padronização facilitaria a elaboração e a edição de material didático para a capacitação técnica dos profissionais de saúde bucal e dos ACS, por intermédio do MS, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, através dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente. A padronização também permitiria a comparação dos dados e informações entre

os programas de saúde bucal da família implantados e a criação de uma base de dados em nível nacional, com informações sobre o cadastramento em saúde bucal.

Pesquisas que focalizem mecanismos de triagem para outras faixas etárias além, dos escolares, também são necessárias, bem como o investimento por parte do poder público na oferta de serviços secundários e terciários, uma vez que, boa parte das necessidades de tratamento, agora está situada na população adulta e idosa.⁽²⁰⁾

É preciso lembrar que o enfrentamento, em profundidade, dos problemas em saúde bucal exige mais do que organizar a demanda para oferecer ações preventivas, curativas e de reabilitação por profissionais competentes. Requer o compromisso do Estado, com envolvimento de instituições das três esferas de governo, na articulação de políticas intersetoriais (saneamento, educação, emprego etc.), por uma melhor qualidade de vida e diminuição da exclusão social.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

*A sabedoria não nos é dada.
É preciso descobri-la por nós mesmos,
depois de uma viagem que ninguém
nos pode poupar ou fazer por nós.*

Marcel Proust

Os critérios definidos pelas Secretarias de Saúde de São Paulo e do Distrito Federal mostraram-se muito diferentes na determinação da prioridade do atendimento odontológico curativo da cárie.

O critério proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, quando comparado ao critério proposto pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, determinou um número 3 vezes maior de crianças como primeira prioridade de tratamento. O inverso ocorreu para o grupo de crianças classificadas como segunda prioridade de tratamento.

A maioria das crianças (59,4%) não esteve presente na determinação da prioridade do tratamento curativo de ambos os critérios, sendo que apenas 61 crianças (19,4%) estiveram presentes como 1ª prioridade no tratamento e 66 crianças (21%) na 2ª prioridade.

Considerar a atividade da doença, quantificar as cavidades e estabelecer as necessidades de tratamento durante o cadastramento podem contribuir na priorização do atendimento curativo da cárie de maneira mais precisa.

Outras pesquisas neste contexto devem permitir a padronização do cadastramento das condições de saúde bucal de crianças usuárias do PSF.

Qualquer que seja o critério adotado para priorizar o tratamento curativo na unidade de saúde da família, este deve estar baseado em critérios sociais e epidemiológicos e em consonância com as diretrizes da universalidade do atendimento, equidade na prestação dos serviços e integralidade das ações desenvolvidas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes da política nacional da saúde bucal. Brasília (DF): Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
2. Lourenço EC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais. [Dissertação Mestrado]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2005.
3. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Públ 2005; 21: 1026-1035.
4. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2005; 5: 65-74.
5. Ministério da Saúde (Br). Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Principais resultados. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

6. Secretaria de Estado de Saúde (SP). A organização das ações de saúde bucal na atenção básica; uma proposta para o SUS São Paulo. São Paulo: Centro Técnico de Saúde Bucal; 2001.
7. Governo do Distrito Federal (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de projetos Especiais. Programa de Saúde da Família. Cadastro e a programação inicial das ações. Treinamento introdutório. Brasília, 1999.
8. Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica Área Técnica de Saúde Bucal. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília/DF, Janeiro de 2001.
9. Cubatão. V ENATESPO. IV Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva. Carta de Cubatão “Educação e Saúde: Bases da Qualidade de Vida da Família no Novo Milênio”. 24 A 27 de Maio de 2000.
10. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
11. 3º Conferência Estadual de Saúde Bucal. Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social. Relatório Final. São Paulo – SP. Junho/2004.

12. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Dados obtidos em 16 de out. 2005.
13. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Públ* 2003; 19(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 Mar 2005. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300005
14. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990e.
15. Sampaio LFR, Lima PGA. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. Apoio ao Programa de Saúde da Família. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2002.
16. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde - princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr. M, Tonon LM. (Org). *Cadernos de Saúde* 1. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p 11-26.
17. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. A saúde bucal no SUS - SP. São Paulo; 1996.

18. Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1992.
19. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo. São Paulo; 1995.
20. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, eqüidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. [Tese Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2000.
21. Martildes MLR. PSF - Odontologia a serviço da comunidade (Conferência). XV Congresso Cearense de Odontologia. Fortaleza, 16 de maio de 2003.
22. Capel NP. Jornal do site odonto. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? Ano II, Nº 36, abril de 2001 acessado em 10/03/06 <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>.
23. Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. cap 3, 50 – 63.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. Brasil sorridente. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php

“acessado em 10/03/06”

25. Conselho Federal de Odontologia. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1993.
26. Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade* 1999; 1(1/2):25-29.
27. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – Projeto ITD
Biblioteca Virtual em Saúde Pública – Saúde Pública Brasil APOIO AO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS 2001). Diário Oficial da república Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001a.
29. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(supl):153-162.
30. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6(2):451-455.

31. Jovchelovitch M. *Municipalização e Saúde: Possibilidades e Limites*. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 1993.
32. BRASIL. Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 de Dez. 1990b, Seção 1, p. 26.694.*
33. Muller Neto JS. *A Descentralização e seus atores. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento 1992; 26:43-59.*
34. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.* Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. 184p
35. Barreto ICHC, Pontes LK, Correa L. *Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. Rev Panam Salud Publica 2000; 7(5):303-312.*
36. Oliveira JLC, Saliba NA. *Atenção odontológica no programa saúde da família de Campos dos Goytacazes. Ciênc Saúde Col 2005; 10(suppl):297-302.*
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da Implementação do*

- Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados – Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 228 p.
38. Minayo MC, D'Elia JC, Svitone E. Programa Agentes de Saúde do Ceará: Estudo de Caso. Fortaleza, Ceará: United Nations Infant and Children's Fund; 1990. in Lunardelo, SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto /USP – área de concentração: saúde pública; 2004.
39. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Col* 1998; 8(2):11-48.
40. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. *Interface* 2005; 9(16):53-66.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Brasília 2001. 40p.
42. Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, (org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo, Editora HUCITEC; 1998. p.155-172.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. mar. 2006.
44. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica Rev Bras Saúde Matern. Infant 2003; 3(1): 113-125.
45. Ministério da Saúde. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 67 p.
46. Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Rev Bras Saúde Fam 2002; 2(6):36-43.
47. IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da república Federativa do Brasil. Brasília, DF. 29 de dezembro 2000.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde – Brasília: 2002. 24 p Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
50. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; II(1):9-14.
51. Secretaria da Saúde de Curitiba. Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. Centro de Informações em Saúde, Curitiba: 2004. 100 p.
52. Zanetti CH. Saúde bucal no programa de saúde da família (PSF): proposição e programação. Brasília; 2000. 25p. mimeo.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 07 de mar. 2001. pg 67
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 637, de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 03 de jun. 2003.
55. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da família e agentes comunitários de saúde: atividades. Brasília; 2000. 58p.

56. Brasil. Ministério da Saúde, 2000. Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – Atividades. Brasília; 1999.
57. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6):1821-1828.
58. Branco MAF. Sistema de informações em saúde no nível local. *Cad Saúde Públ* 1996; 12(2):267-270.
59. Medici AC. Descentralização e informação em saúde; planejamento e políticas públicas. Brasília, DF: IPEA; 1991. p. 5-29
60. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ed. São Paulo: Santos; 2000.
61. Maltz M, Silva BB. Relação entre cárie, gengivite, fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev Saúde Públ* 2001; 35:170-6.
62. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Públ* 2001; 34: 402-8.
63. Traebert JL, Peres MA, Galesso ER, Zobot NE, Marcenes W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Rev Saúde Públ* 2001; 35: 283-8.

64. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças de 0 a seis anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Públ* 1996; 30: 413-20.
65. Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência da cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Rev Saúde Públ* 2000; 34: 196-200.
66. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad Saúde Públ* 2002; 18: 755-63.
67. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc Saúde Col* 2000; 5(2):381-392.
68. Roncalli AG. Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986 a 1996 <http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/> 20p acesso em 21/07/2006
69. Peres MAA, Rosa AGF. As causas da queda da cárie. *RGO* 1995; 43(3):160-164.
70. Sheiham A. Changing trends in dental caries. *Int J Epidemiol* 1984; 13(2):142-147.

71. Petersson GH, Bratthal D. The caries decline: a review of reviews. *European J Oral Sciences* 1996; 104: 436-443.
72. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. 4ª Ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 341-51.
73. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23(6):331-9.
74. Nithila A, Bourgeois D, Barmes DE, Murtomaa H. WHO global oral data bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. *Bulletin of the World Health Organization* 1998; 76(3):237-244.
75. Sheiham A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:104-12.
76. Narvai PC. Está ocorrendo um declínio de cárie no Brasil? *Jornal da ABOPREV* 1996; 7:12.
77. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde – Um desafio para as novas gerações. In: Kriger L, org. *ABOPREV – Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1997. p. 3-26.

78. Cardoso L, Kramer P, da Costa CC, da Costa Filho LC. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. *Cad Saúde Públ* 2003; 19(1):237-243.
79. Silva BB, Maltz M. Prevalência de cárie e fluorose em escolares de 12 anos de Porto Alegre-RS, Brasil, 1998/1999. *Pesq Odontol Bras* 2001; 15:208-214.
80. Bastos RS, Bijella VT, Bastos JRM, Buzalaf MAR. Declínio de cárie dentária e incremento no percentual de escolares, de 12 anos de idade, livres da doença, em Bauru, São Paulo, entre 1976 e 1995. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002; 10(2):75-80.
81. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdade na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Col* 2002; 7(4):709-717.
82. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(3):661-668.
83. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(2):237-243.

84. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Informações Municipais. Índice paulista de responsabilidade social. Disponível em www.seade.gov.br/produtos/iprs/analises/lpigua.pdf. Acessado em 10/02/2007
85. Burt BA. Trends in caries prevalence in North American children. *Int Dent J* 1994; 44:403-13.
86. Downer MC. Caries prevalence in the United Kingdom. *Int Dent J* 1994; 44:365-70.
87. Goncalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2002; 18(3):699-706.
88. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com condições sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológico no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(1):143-152.
89. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

90. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. Atraumatic Restorative Treatment and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after 1 year. *Caries Res* 1996; 30:428-433.
91. Frencken JE, Holmgren CJ. How effective is ART in the management of dental caries? *Com Dent Oral Epidemiol* 1999; 27(6):423-430.
92. Frencken JE, Holmgren CJ. Tratamento restaurador atraumático para a cárie dentária. São Paulo: Santos; 2001.
93. Mahan K, Escott-Stump S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9th ed. São Paulo(SP): Roca; 1998.
94. Seger L. Psicologia e odontologia. Uma abordagem integradora. 3rd ed. São Paulo (SP): Santos; 1998.
95. Wanderley MT, Trindade CP, Corrêa MSNP. Recursos protéticos em odontopediatria. In: Corrêa MSNP, editors. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo (SP): Santos; 1998. p.497-512.
96. Carvalho JC, Maltz M. Tratamento da doença carie. In: ABROPREV. *Promoção de saúde bucal*. 3rd ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 89-10.

7. ANEXOS

Anexo 1.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SÃO PAULO

ATENÇÃO INDIVIDUAL EM SAÚDE BUCAL - AVALIAÇÃO DO RISCO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

IDADE: _____ Município: _____

NOME: _____ Ne PRONTUÁRIO: _____

Ausência de lesão	Placa visível	Hist. de cárie trat.	Mancha br. ativa	Cav. crônica	Cav. Aguda	Urgên. cárie	Classif. cárie	Risco cárie
	1							

Data exame / / Ass. CRO

Ausência de lesão	Placa visível	Hist. de cárie trat.	Mancha br. ativa	Cav. crônica	Cav. Aguda	Urgên. cárie	Classif. cárie	Risco cárie
	1							

Data exame / / Ass. CRO

Critérios de risco:

Classificação	Cárie		Doença Periodontal		Tecidos Moles	
	Cód	Crítérios	Cód	Crítérios	Cód	Crítérios
Baixo risco	A	ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa	0	elemento com periodonto sadio	0	indivíduo com tecidos moles saudos
			X	ausência de dentes no sextante		
Risco moderado	B	história de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa	1	elemento com gengivite	1	Indivíduo com lesões suspeitas em tecidos moles (bordas regulares e coloração estancinçada ou qualquer alteração de mucosa com mais de 14 dias de existência)
			2	elemento com cálculo		
Alto risco	C	em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa	B	sequela de doença periodontal anterior		
			D	elemento com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/relação gengival) presença de bolsa, mas sem mobilidade	6	Indivíduo com lesões de alto risco (bordas irregulares e coloração avermelhada ou enegrecida)
	E	uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda	8	elemento com mobilidade irreversível e perda de função	2	
	F	presença de dor e/ou abcesso				



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE
PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA
SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA - SIAB

CADASTRO DA FAMILIA
FICHA - A



Endereço:

Número

Bairro:

CEP:

Telefone:

Município: Sagamento: (Código da Regional de Saúde)

Nome da Regional de Saúde: Área:

Microárea

Família:

Data:

No de Ordem	PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME:	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Idade	Sexo		Analfabetizado	Ocupação	Remuneração Mensal	Código da Doença ou Condição Referida	Código da Doença ou Tratamento Ocorrido	Código de Necessidade de Prótese	
					1 - M	2 - F						Total	Parcial
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													

CODIGO DE DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA
AIC - ALCOOLISMO
CHA - CHAGAS
DEF - DEFICIÊNCIA FÍSICA
DIA - DIABETES
NEO - NEORASIAS
DME - DISTÚRBO MENTAL
EPI - EPILEPSIA
GES - GESTAÇÃO
HAN - HANSENÍASE
ASN - ASMA
HIP - HIPERTENSAO ARTERIAL
MAL - MALÁRIA
TBC - TUBERCULOSE
TAB - TABAGISMO

CODIGO DE NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
 SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO
 ATÉ 5 CANDIDADES
 MAIS DE 5 CANDIDADES, EOU DOUR EOU 1 CANDIDADE GRANDE.

CODIGO DE NECESSIDADE DE PRÓTESE
 SEM NECESSIDADE DE PRÓTESE
 NECESSIDADE DE 01 PRÓTESE
 NECESSIDADE DE 02 PRÓTESES.

Anexo 3.



FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São José do Rio Preto, 12 de julho de 2004

Data da aprovação: 16 de Junho de 2004.

Protocolo 24: Avaliação de três classificações para priorizar o atendimento odontológico curativo para cárie no Programa de Saúde da Família.

Investigador Principal: Prof André Luiz Marçal Terreri

Nome do Centro: Faculdade de Medicina e Enfermagem de São J. do Rio Preto.
Departamento de Pós Graduação da FAMERP.

Área Temática Especial: Não se aplica

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ao proceder a análise dos documentos do protocolo acima referido, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Coração Rio Preto considerou que:

1. Foram atendidas as solicitações do referido protocolo.
2. O protocolo preenche os requisitos fundamentais das resoluções 196/96, 251/97 e 292/99 do CNS e da CONEP, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.
3. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com as atribuições definidas nas resoluções 196/96 e 251/97 do CNS e da CONEP, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Em reunião realizada em 16 de Junho de 2004, este Comitê considerou que o referido Projeto com os documentos: Termos de Consentimento Informado Livre e Esclarecido; folha de rosto; Declaração do pesquisador para publicação dos resultados; Declaração de orçamento financeiro; Declaração de cumprimento das resoluções do Conselho Nacional de Saúde; Declaração de responsabilidades do pesquisador, da Instituição; Declaração sobre resultados da pesquisa; Declaração sobre o uso do material coletado; estão de acordo com a Declaração



de Helsinque e as Resoluções 196/96 e 251/97, declarando assim o mesmo aprovado.

Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, e respectivos cargos:

Dr. Cezar Olimpio Golin	Coordenador	Prof. Dr. Paulo Roberto Nogueira	- Membro
Enfa. Eliana Rodrigues	- Membro	Dr. Percival Trindade	- Membro
Czochra			
Dr. José Alberto de Mazza	- Membro	Prof. Dra Elza Maria Castilho	- Membro
Lima			
Enfa Dra Célia Alves de	- Membro	Profa. Rosana De Gasperi	- Membro
Souza		Pagliuso	
Prof. Dr. José Antonio	- Membro	Psicóloga Sabrina Fernandes	- Membro
Cordeiro	- Membro	Dr Luis Carlos da Silveira	- Membro
Prof. Fernando Maroueli	- Membro	Irmã Fabiana E. do Nascimento	- Membro
Carneiro			
Prof. Flavia Cristina Carvalho	- Membro		
Rodrigues			

Dr Cezar Olimpio Golin
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa

Anexo 4. Modelo do Termo de Consentimento utilizado no estudo.

FAMERP – FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Estudo comparativo de critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie.

Pesquisador: André Luiz Marçal Terreri

Endereço: Rua José Nogueira de Carvalho n.º 410

Bairro: Maceno **Cidade:** São José do Rio Preto **CEP:** 15.060.100 **Telefone:** 17-9713 8884

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Meu nome é André Luiz Marçal Terreri, sou dentista, doutorando em Ciência da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Estou realizando uma pesquisa intitulada: Estudo comparativo de critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie. O objetivo de avaliar os critérios é o de melhorar o sistema de encaminhamento das crianças para o tratamento odontológico na Unidade de Saúde da Família, por isso, a sua autorização para participação da(s) criança(s) sob sua responsabilidade é muito importante.

Conto com seu consentimento para a realização desta pesquisa, autorizando a publicação dos dados encontrados durante o exame de saúde bucal na criança, realizado na escola, após autorização da Diretoria. Esclareço que o exame bucal é simples, realizado com auxílio de uma espátula de madeira usada para afastar a bochecha, lábio e língua, de maneira a facilitar o procedimento. Deste modo, não há risco de sangrar, machucar e de dor, durante e após a realização do exame bucal.

Informo que são necessários apenas alguns minutos para a realização do exame, e que, a qualquer momento você pode desistir de autorizar ou se recusar a participar desta pesquisa. Informo que a finalidade é melhorar o sistema de encaminhamento dos tratamentos odontológicos curativos realizados na Unidade de Saúde da Família, bem como o desenvolvimento das atividades preventivas realizadas dentro da escola. Também, esclareço que os resultados são confidenciais, mantendo o anonimato dos participantes e que podem ser divulgados em reuniões científicas e publicações em meios especializados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, responsável pela criança _____, de _____ anos, declaro que fui suficientemente informado pelo pesquisador e consinto em participar deste estudo, por livre vontade e sem sofrer nenhum tipo de pressão ou influência para meu consentimento. Permito que os resultados obtidos sejam divulgados de forma anônima em congressos científicos, publicações em meios especializados e em relatórios para as diretorias das instituições envolvidas.

Cidade e data: Ipiranga-SP / /

Assinatura do responsável legal: _____



Assinatura do Pesquisador