



1290005190

TCE/UNICAMP
G937d
FOP

ALEXANDRE BERGO GUERRA
LUCIANE MIRANDA GUERRA

**O DESAFIO DA FORMULAÇÃO DE UM PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE BUCAL**

Monografias apresentadas à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do grau de
Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

PIRACICABA
2004

Monografia I

A Importância da Elaboração do Plano Municipal de Saúde Bucal
Alexandre Bergo Guerra

Monografia II

**Elaboração do Plano Municipal de Saúde Bucal para o Município de Santo
Antonio de Posse**
Luciane Miranda Guerra

Monografias apresentadas à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia M. B. Ambrosano.

Banca Examinadora:
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

323

**PIRACICABA
2004**

ii

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Unidade FOP/UNICAMP	
N. Chamada	G937d
.....	
Vol.	Ex.
Tombo BC/	

Unidade - FOP/UNICAMP

TCE/UNICAMP

575 Ed

Vol. Ex

Tombo 5190

C D

Proc 16 P-134/2010

Preço R\$ 11,00

Data 14/12/10

Registro 778027

Ficha Catalográfica

G937d Guerra, Alexandre Bergo.
 O desafio da formulação de um plano municipal de saúde bucal.
 / Alexandre Bergo Guerra, Luciane Miranda Guerra. – Piracicaba,
 SP : [s.n.], 2004.
 vi, 39f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gláucia M. B. Ambrosano.
 Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de
 Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Planejamento. 3. Políticas públicas. I.
 Guerra, Luciane Miranda. II. Ambrosano, Gláucia M. B. III.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
 Piracicaba. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da
 Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pela incansável intercedência na estrutura deste trabalho, bem como pelas preciosas sugestões que tanto o valorizaram.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, por sua sempre valiosa participação, pelas sugestões imprescindíveis e pela paciência em co-orientar-nos.

À Dra. Maria Sueli Rocha Longhi, D.D. Secretária de Saúde de Santo Antonio de Posse, por ter-nos aberto as portas da Secretaria Municipal de Saúde além de nos ter cedido os dados e indicadores de sua gestão.

À colega Dra. Renata Gomes Gonçalves Martins D.D. Coordenadora de Saúde Bucal de Santo Antonio de Posse, por sua ajuda na disponibilização dos dados da saúde bucal do município, além do estímulo dado à confecção deste trabalho.

À bibliotecária Marilene Girello por sua paciente e valiosa ajuda na confecção das referências deste trabalho.

Aos Cirurgiões-Dentistas da rede pública de assistência de Santo Antonio de Posse, pela receptividade ao nosso trabalho.

“ Pensar com o próprio cérebro sua própria realidade, identificando e organizando forças políticas capazes de dar sustentação às propostas de políticas públicas que incluam, entre seus objetivos, alterar a situação de saúde bucal de cada comunidade: eis o desafio proposto pela política àqueles que têm de tomar decisões em âmbito municipal.” (REDE CEDROS, 1992)

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
Monografia 1	3
INTRODUÇÃO	3
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	5
EXPERIÊNCIAS LOCAIS E REGIONAIS	6
EPIDEMIOLOGIA	7
CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
Monografia 2	12
JUSTIFICATIVA	12
OBJETIVO	14
DISCUSSÃO	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

RESUMO

A conquista da cidadania pelo povo brasileiro através da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) significa o avanço da nação na direção dos direitos humanos de seu povo. A história de luta dos profissionais de saúde, desde o Movimento pela Reforma Sanitária até os dias de hoje, nos ensina que um Sistema só é coerente com as necessidades de seu povo quando é construído com equidade. Só é democrático e justo quando a universalidade é seu pilar de sustentação. E só é viável se for praticado de forma descentralizada e com integralidade. Com base nestes princípios, e, para desenvolvimento, na prática, de tais fundamentos, cada município deve formular o seu próprio Plano Municipal de Saúde, do qual faz parte integrante e fundamental a Saúde Bucal. Desta forma, para o município de Santo Antonio de Posse, este trabalho sugere um Plano Municipal de Saúde Bucal, com ações e transformações na área odontológica que vêm de encontro com os princípios fundamentais do SUS. Para tanto, com base nos atuais indicadores epidemiológicos de saúde bucal, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e usando como parâmetros os indicadores nacionais, este trabalho faz a uma análise crítica da situação atual da saúde bucal no município, apontando as soluções viáveis para as principais disparidades. Pretende-se com isso, entre outras coisas, desenvolver esta área da saúde no município de tal forma que o índice de cárie (CPOD) siga a tendência nacional de queda; que a satisfação, tanto de profissionais da área quanto de usuários seja aumentada e que seja possível uma melhor avaliação periódica do serviço.

ABSTRACT

The conquest of the citizenship by the Brazilian people through building the Single System of Health (SUS) shows the progress of the nation in direction of the human rights of its people. The histories of fight of the health professionals, since the activity by sanitary reform until today, teach us that a system is coherent with the needs of its people when it is building with equality. It is only democratic and fair when the universality is its pillar of sustentation. And it is only viable if it is practiced with integrality and decentralized. Concerning with this principles and to develop this foundations in the practice, each town must formulate its own Local Health Plane, whom the oral health makes fundamental part. Then, this work suggests, to Santo Antonio de Posse, a Local Oral Health Plane, with actions and transformations in the dentistry area that agreed the fundamental principles of the SUS. Therefore, concerning with the present epidemiologic indicators provided by the Local Health Secretary and using as aim the national indicators, this work makes a critical analysis of the present situation of the oral health in this town, pointing the viable solutions for the principles disparities. It aims, thus, among other things, to develop this area of the health in the town, in such a way that the index of caries (DMF) follows the national tendency of fall; that the satisfaction, both of professionals and patients increases and it can makes the periodic valuation of the service improve.

Monografia 1

A Importância da Elaboração do Plano Municipal de Saúde bucal

INTRODUÇÃO

Ao analisarmos a trajetória da saúde no país, fica claro que a universalização do acesso dos cidadãos ao sistema público de saúde, bem como a equidade e a integralidade nas ações devem ser as metas de todos os municípios. A modificação, hoje, dos principais indicadores para melhor, é a consequência direta de ações que obedecem a planejamentos orientados por critérios epidemiológicos locais. Assim, a reorientação das práticas em saúde, abandonando atitudes ultrapassadas de programas isolados que além de excludentes só se orientavam por conveniências econômicas ou administrativas, faz-se urgente e necessária. A história da saúde no Brasil nos conduz a uma reflexão, muito apropriada e necessária para se evitar a repetição de erros do passado.

Desde o início do século XX até a 2ª metade da década de 1980, o modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil era excludente e discriminatório, pois previa o acesso ao sistema apenas aos trabalhadores formalmente registrados. O SUS (Sistema Único de Saúde), resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, que ocorreu durante a década de 80, paralelamente e em consonância ao processo de redemocratização do país, é, hoje, alvo da mídia e de duras críticas da sociedade que costumam reportar com frequência a falência do mesmo, as grandes filas nos hospitais, macas espalhadas pelo corredor, etc.; problemas que, reconhecidamente existem e serão sempre inaceitáveis. Entretanto, a construção

do atual quadro de mazelas e deficiências não surgiu da noite para o dia e, nos quase vinte anos de existência do SUS muito já foi feito para a solução de tais problemas (RONCALLI, 2003). Assim, em 1923, surgiram as CAPs (Caixa de Aposentadoria e Pensão) organizadas por empresas e administradas com participação dos trabalhadores. Na era Vargas (1930-1945), as CAPs foram fundidas em IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensão) organizadas, então, por categoria profissional e não mais por empresas e controladas por “pessoas de confiança do governo”. Em seguida, no período denominado “Redemocratização Nacional” (1946-1964) cresce a influência política dos Estados Unidos da América, principal vencedor da guerra, que passam a exportar para o Brasil o modelo “Hospitalocêntrico”, centrado no hospital e na tecnologia, respondendo aos interesses de uma crescente indústria farmacêutica e de equipamentos. A importação de equipamentos médicos e hospitalares cresce 600%. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde. Neste período persiste uma clara divisão entre a saúde pública, realizada pelo governo através do Ministério da Saúde e a assistência previdenciária, realizada pelos IAPs, ligados ao Ministério do Trabalho. A partir do golpe militar de 1964, houve um total “esvaziamento” da participação popular nas decisões da política previdenciária e, em 1966 os IAPs se fundem num só instituto, originando, assim, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Nesta fase houve grande número de financiamentos para construção de hospitais particulares a fundo perdido. O Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social e não há mais participação dos usuários na gestão do sistema como antes acontecia com as CAPs e os IAPs (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985; MENDES, 1993). Na metade da década de 1970 é criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) do qual fazia parte o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que, assim como o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado numa perversa conjugação entre estatismo e privatismo (CARVALHO & GOULART, 1998). A precariedade do sistema , tanto na área da saúde, como em toda a área social, provocava enorme insatisfação popular e comprometia a legitimidade do regime. Os indicadores de

saúde pioravam, inclusive o coeficiente de mortalidade infantil. (RONCALLI, 2003). Com o crescimento da insatisfação popular e o movimento de profissionais de saúde, intelectuais da saúde coletiva, parlamentares e lideranças sindicais por mudanças no atual modelo surge, então, o “ *Movimento pela reforma sanitária*”. Em 1981 são incorporadas algumas propostas da Reforma Sanitária como as AISs (Ações Integradas de Saúde), aperfeiçoando convênios entre as 3 esferas do governo e priorizando a rede básica e a descentralização. São as primeiras experiências de gestão municipal. Em 1986, num momento político propício devido à 1ª eleição indireta de um presidente não militar, o Movimento Sanitário alcança seu ponto alto com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Nesta, fica destacado o conceito ampliado de Saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado. Boa parte das propostas da VIII Conferência foram incorporadas pela nova Carta magna, elaborada em 1988, concretizando as ações do Movimento Sanitário no plano jurídico e legitimando a implantação do SUS já que a nova Constituição unifica o Sistema de Saúde do Ministério da Saúde, priorizando o setor público e ampliando a descentralização e a regionalização. Apesar de a regulamentação de tais artigos estar prevista para ser realizada em 180 dias, com a eleição de Fernando Collor de Mello em 1990, o qual trouxe um projeto conservador neoliberal para o país, houve um atraso considerável na regulamentação do capítulo da saúde. Em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei 8080/90, profundamente mutilada por vetos. Em dezembro do mesmo ano, como resultado de negociações, a lei 8142 recuperou alguns vetos. Hoje, o que conhecemos como Lei Orgânica da Saúde é formada pelo conjunto das Leis 8080/90 e 8142. (RONCALLI, 2003).

CUNHA & CUNHA (1998) afirmaram que apesar do tempo decorrido desde sua implantação e da clareza de suas definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta.

A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é em si uma garantia de mudanças. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS (RONCALLI, 2003).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Com base em toda a história de luta e transformações para o surgimento do SUS e considerando-o, portanto, como processo em construção, fica claro que, para a sua total consolidação é necessário que o país, através de cada unidade federativa, mostre coerência com os seus princípios doutrinários e organizativos. Se a filosofia imposta pelos princípios doutrinários não for a filosofia de prestação de serviços de saúde em todo o país, não teremos o mesmo sistema de saúde para todos. E se os princípios organizativos não forem seguidos o Sistema não será Único.

Coerente com tais princípios tão duramente conquistados, o Sistema Único de Saúde brasileiro instituiu em 1996 a Norma Operacional Básica 01/96 – NOB/SUS 96 com a finalidade de “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios”, obedecendo, assim, ao princípio doutrinário da regionalização (BRASIL, 1996). Além das várias medidas tendentes a aumentar a autonomia programática e financeira local, desde 1998 passou a ser repassado aos municípios um valor *per capita* denominado de Piso Assistencial Básico (PAB) correspondente ao total da população (BRASIL, 1998). Assim, com o comando do sistema municipal nas mãos do gestor local, elimina-se a burocracia, característica das decisões tomadas à distância e, como afirma PINTO em 2000, serviços sob responsabilidade da autoridade local, em especial nas cidades do interior, têm custo inferior aos dos operados por entidades centralizadas em função do menor grau de sofisticação e à adaptação dos salários e dos gastos aos padrões regionais, além de possibilitar um controle e uma participação muito mais constante e positiva das pessoas que os utilizam diariamente. Argumentos contrários como escassez de recursos financeiros ou baixa competência técnica e administrativa devem ser contornados com uma correta política redistributiva dos recursos e de adequado treinamento do pessoal via apoio federal e estadual nas áreas de planejamento e programação. Logo, a

descentralização do poder na Saúde, reforçando a municipalização, traz, para a autoridade local a responsabilidade do planejamento e da gestão de todo o setor de saúde no município, com evidentes vantagens para o mesmo.

Neste contexto surge a importância da elaboração, por parte dos municípios, do Plano Municipal de Saúde. Elaborado com a participação paritária da comunidade, de pessoal técnico da Saúde e de gestores através dos Conselhos Municipais de saúde, este Plano direciona as ações de Saúde de acordo com a realidade e as necessidades locais.

Em relação à odontologia, PINTO, em 2000, afirma que a lógica da descentralização é particularmente vantajosa pois a maioria esmagadora das ações de saúde bucal se refere a problemas de alta prevalência, cuja resolução exige tecnologias e conhecimentos de limitada complexidade, além de que toda a atenção básica pode ser equacionada e implementada no local sem perda de qualidade ou de eficácia e com maior eficiência. Em um Sistema de atenção odontológica bem estruturado, ao nível federal ou central cabe a coordenação nacional dos programas, apoio técnico aos municípios, participação no financiamento do setor, desenvolvimento de estudos de interesse geral ou para solução de problemas específicos quando a unidade local não puder realizá-los e representação junto a entidades internacionais. O nível estadual ou regional deverá coordenar e apoiar o nível local, no seu território, podendo, ainda operar serviços de referência que sirvam a clientela de pequenas localidades. Compete ao nível local a elaboração, operacionalização e avaliação da programação doméstica, a realização de levantamentos epidemiológicos e de estudos de seu interesse, a participação nas atividades de planejamento, treinamento de pessoal e outras desenvolvidas pelos demais níveis e que lhe digam respeito, financiamento total ou parcial das ações e o entendimento com a comunidade.

Assim, a Odontologia marca sua representação como parte integrante e de grande importância no Plano Municipal de Saúde. As ações na área odontológica necessitam de reorientação no sentido de obedecerem aos princípios doutrinários e organizativos do SUS de tal forma que a atenção básica seja priorizada e o acesso seja universal, equânime e integral. Logo, toma-se

imprescindível a elaboração de um Plano Municipal de Saúde Bucal em plena sintonia com o Plano Municipal de Saúde.

O setor público odontológico brasileiro está composto por instituições do nível federal, estadual e municipal, que se relacionam essencialmente em função dos recursos distribuídos por meio do Sistema Único de Saúde . Além disso, um grande número de empresas e instituições públicas ou pára-oficiais presta serviços odontológicos à população como SESI (Serviço Social da Industria), SESC (Serviço Social do Comércio), etc. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

EXPERIÊNCIAS LOCAIS E REGIONAIS

Desde o final da década de 50 e início dos anos 60, no Brasil, as atividades odontológicas do setor público concentravam-se na atenção à criança e ao adolescente, especificamente entre alunos das escolas oficiais. Trazido dos Estados Unidos pela fundação SESP do Ministério da Saúde, o Sistema Incremental da Fundação SESP logo se firmou como metodologia de trabalho para o atendimento desta população. Destinado a controlar a incidência de problemas, baseava-se numa ação curativa vertical, solucionando os problemas prevalentes e, em paralelo possuía uma ação educativa que deveria fornecer apoio às demais ações e proporcionar mudança de hábitos na clientela. Na prática, a lógica do Sistema Incremental não conseguiu proporcionar os resultados que o país esperava. A organização do fluxo de escolares para tratamento curativo predominou. As medidas de prevenção secundária e as educativas ficaram em segundo plano num período (entre 1986 a 1990) em que o padrão de ataque pela cárie em crianças e adolescentes estava no seu auge, resultado de uma seqüência de gerações altamente consumidoras de açúcar, da limitada cobertura e inconstância com que se fazia a fluoretação das águas de abastecimento público e do reduzido acesso da população de baixa renda à assistência odontológica. Assim, a prioridade conferida, no Brasil, a ações

curativas na dentição permanente de crianças, não conseguiu diminuir a prevalência de cárie (PINTO, 2000).

Na década de noventa, outra experiência de serviço odontológico essencialmente curativo foi o da cidade de Niterói no Rio de Janeiro: a assistência odontológica no município, antes de 1982 era prestada em três ou quatro unidades municipais por dentistas contratados. Os serviços odontológicos produzidos limitavam-se a extrações dentárias e a pequenas obturações. As unidades do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) eram as que mais produziam serviços odontológicos e sua proposta era clara, voltada para a produtividade, baseada em “ *tratamento completado* ”. Dentro da lógica hegemônica o que preponderava era a quantidade, traduzida em retorno financeiro para a Unidade de Saúde. As Unidades Estaduais tinham seus dentistas prestando serviços na rede escolar. A maioria dos dentistas prestava assistência apenas curativa aos escolares, não havendo programas pré-estabelecidos mas apenas iniciativas individuais e isoladas, como também a carga horária do profissional era reduzida em comum acordo com a direção da escola. Como consequência direta deste modelo desorientado, o levantamento epidemiológico feito na cidade e demonstrado no Plano Municipal de Saúde em 1994/1996, mostrou dados alarmantes: O CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) mostrou que o índice de cárie dentária era muito elevado entre crianças e adolescentes. Dentes cariados e com necessidade de extração, representavam 72% do do índice CPO entre 6 e 9 anos e 62% entre 10 e 12 anos de idade (SERRA, 2001).

EPIDEMIOLOGIA

Hoje, os programas voltados para crianças e adolescentes, como outrora se caracterizava o Sistema Incremental, devem basear-se na situação epidemiológica local, caracterizada em muitas localidades, por índices cada vez mais baixos de cáries e por lesões que não evoluem para cavitações. Assim como nos locais em que o padrão de ataque de cárie não sofreu alterações substanciais

é preciso recorrer a enérgicos programas preventivos, além de dispender recursos significativos com intervenções curativas para atender à forte demanda da comunidade neste sentido (PINTO, 2000).

Segundo NARVAI & cols.(1992), de 1980 a 1996, a queda no índice de cárie dental em crianças de diversas cidades brasileiras foi da ordem de 57,8% . Isso, segundo os autores, se deu, entre outras coisas, principalmente em função do uso generalizado de dentifrícios fluoretados e manutenção de sistemas de águas fluoretadas para mais de sessenta milhões de habitantes.

Entretanto, a despeito disso, PINTO, em 2000, afirma que a situação epidemiológica da população adulta permanecia muito precária nos últimos anos do século XX, com altos percentuais de edentulismo, resultado de práticas profissionais iatrogênicas, disputa de mercado por um número cada vez maior de Cirurgiões-Dentistas e de razões econômicas e sociais.

O conhecimento da situação epidemiológica em pelo menos dois ou três pontos no tempo é fundamental para um bom planejamento das ações pois permite determinar qual a *tendência* de comportamento da doença, ou seja, qual a indicação de evolução da mesma durante um certo período de tempo, podendo ser de estabilização, melhora ou piora caso não se produza qualquer fato novo que modifique os padrões seguidos no passado, além de demonstrar os resultados ocorridos como reflexo das ações impostas no período em questão (Pinto, 2000).

Em 1986, os resultados do primeiro levantamento epidemiológico em Saúde Bucal em escolares de 6 a 12 anos demonstraram que o Brasil era um dos campeões mundiais de cárie dentária, atingindo a cifra de 6,65 de CPO-D aos 12 anos. Com resultados tão vexaminosos, iniciou-se, pela primeira vez, a preocupação em desenvolver, no país, programas de saúde bucal coordenados por entidades de classe e instituições governamentais. Após dez anos do início de tais programas, foi feito um novo levantamento, usando-se o mesmo índice anterior e seguindo as normas da Organização Mundial da Saúde, e o que se revelou foi uma queda no índice de cárie da ordem de 53,98% em escolares de até 12 anos. Em 1986 o CPO-D era de 6,65 e em 1996, de 3,06 (Ferreira, 1998).

Na cidade de São Paulo a fluoretação das águas de abastecimento iniciou-se em 1986. Após 10 anos, em 1996, foi feito levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e o CPOD aos 12 anos encontrado foi de 2,06. O autor afirma, ainda, que a queda no índice de cárie apóia-se num tripé: a fluoretação das águas de abastecimento; a expansão do creme dental fluoretado e os programas preventivos realizados pelas instituições.

Mas, a mudança de filosofia de trabalho na odontologia, de essencialmente curativa para uma filosofia preventivo-promocional, cuja programação seja baseada em critérios epidemiológicos locais, não ocorreu casualmente. Foi consequência do processo histórico de transformações em todo o sistema público de saúde do país.

Tal evolução do Sistema teve seu marco em 1988, quando a Constituição da República Federativa do Brasil definiu a Saúde como “direito de todos e dever do estado” garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação. A Lei Federal 8080/90 complementa esta definição ao identificar como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): a *universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a *integralidade* da assistência, articulando continuamente as ações e serviços preventivos e curativos; individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a *equidade* da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a *participação da comunidade*, que, também garantida constitucionalmente, prevê que a população participe, através dos Conselhos e Conferências de saúde da formulação das políticas e do controle de sua execução. E, para a estruturação do SUS, foram propostos princípios organizacionais, dentre os quais o da *descentralização*, que redistribui as responsabilidades entre os vários níveis de governo, considerando a realidade local como determinante para o estabelecimento de políticas de saúde. A estratégia deste processo é a municipalização da assistência à saúde. (MANFREDINI, 2003).

De acordo com o novo modelo de administração da saúde imposto pela municipalização, as Secretarias Estaduais de Saúde, que concentravam a maior parte das unidades e do pessoal da área odontológica no período pré- 88, perderam força e se desarticularam na maioria dos casos, iniciando só mais recentemente um processo de reestruturação de quadros dirigentes e de readaptação técnica e conceitual, na tentativa de assumir o novo papel que lhes cabe de coordenadores das ações de saúde nos limites de seu território, apoiando os municípios, que têm o encargo da prestação direta pelo menos de serviços básicos à população (PINTO, 2000).

Através de tal "desdobramento", ou seja, tendo os municípios acatado tais responsabilidades como suas, surgem no cenário da história da saúde no Brasil, os "*Planos Municipais de Saúde*". Elaborados pelos municípios, com a participação da comunidade e obedecendo aos princípios doutrinários supracitados, estes têm sido o mecanismo de planejamento, ação e avaliação que norteiam a prestação de serviços de saúde na esfera municipal.

Entretanto, como afirma PINTO, em 2000, no marco do governo conservador de características neoliberais, iniciado em 1995, os problemas do setor de Saúde agravaram-se principalmente em função da ênfase dominante conferida aos problemas macro-econômicos do país. As políticas públicas de saúde atravessaram períodos de crise quase permanente, fazendo cair o seu conceito perante a população. O governo federal, centralizador de poder, manteve sob sua égide a arrecadação e distribuição do dinheiro, sempre colocando barreiras às propostas de mudanças na estrutura tributária do país, as quais visavam aumentar a arrecadação dos municípios de forma a poderem arcar com responsabilidades maiores em áreas como a saúde. Assim, o governo federal deste período procurou manter em suas mãos o maior número de recursos e, conseqüentemente de poder, possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um sistema em construção, resultado de vinte anos de lutas e conquistas. Seus princípios doutrinários e organizativos devem nortear todas as ações de saúde nas três esferas de governo.

Com base no seu histórico, em experiências municipais e em dados epidemiológicos, fica clara a necessidade do fortalecimento da esfera municipal. Afinal, as decisões e os investimentos, feitos em nível local consideram as disponibilidades e dificuldades inerentes a cada localidade, sendo mais eficientes e dinâmicos na solução dos problemas.

Toma-se, portanto, inquestionável a importância e a necessidade do Plano Municipal de Saúde e, conseqüentemente, do seu capítulo reservado à Saúde Bucal, para que as ações planejadas contemplem plenamente as particularidades de cada município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal, Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília, 1988. 137p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa 01/98. Regulamenta a NOB/SUS 96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 6 jan. 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB/SUS 96. Portaria 20203/96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 6 jan. 1996.
4. CARVALHO, A.I.; GOULART, F.A.A. (Org.) *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. Brasília: UnB, 1998. V.1
5. CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. *In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR., M.; TONOM, L.M. (Org.) Cadernos de saúde I*. Belo horizonte: Coopmed, 1998. p.11-26.
6. FERREIRA, R.A. Em queda livre? *Rev Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, v52, n.2, p.104-10, mar./abr. 1998.

7. MANFREDINI, M.A. Planejamento em Saúde bucal. *In: PEREIRA, A.C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap.3, p.50-63.
8. MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In: MENDES, E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo: Hucitec, 1993. p.19-91.
9. NARVAI, P.C. *et al.* Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do Século XX. *Odontol Sociedade*, São Paulo, v.1, n.1/2, p.25-30, 1999.
10. OLIVEIRA, J.A. A.; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1985 .
11. PINTO, V.G. Financiamento e Organização. *In: PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva.* 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap.3, p.31-98.
12. PINTO, V.G. Planejamento. *In: PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva.* 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap.1, p.9-30.
13. REDE CEDROS. G.T Saúde Bucal em SILOS. *O que fazer nos municípios?* Rio de Janeiro: Cedros,1992. Cadernos de saúde bucal, I.
14. RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção de Sistema Único de Saúde. *In PEREIRA, A.C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap.2, p.28-49.

Monografia 2

Elaboração do Plano Municipal de Saúde Bucal para o Município de Santo Antonio de Posse

JUSTIFICATIVA

Santo Antonio de Posse é um município do Estado de São Paulo, localizado na região geográfica e de governo de Campinas, possui uma população de 19.316 habitantes (IBGE, 2003) com território de 141 Km² e taxa de urbanização de 80,96%. (SEADE, 2003).

Com um IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) situado em 0,790 no ano 2000, o município é considerado como de *Médio Desenvolvimento Humano*. Em relação ao IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social), cujas dimensões são riqueza, longevidade e escolaridade, o município foi considerado em 1997 como Grupo 4 ou “*De Baixo Desenvolvimento Econômico e em Transição Social*”, pois a análise isolada dos componentes do índice mostrou, em 1997 que o município se enquadrava na classificação de baixa riqueza e escolaridade e média longevidade. Em relação a renda da população, 49,86% das pessoas responsáveis pelos domicílios possuem renda de até 03 salários mínimos e 6,72% dos responsáveis pelos domicílios não possuem rendimento. O setor industrial é o menos expressivo somando 50 estabelecimentos cadastrados no Ministério do Trabalho e empregando formalmente 565 trabalhadores. Comércio e Serviços são as principais fontes de emprego formal sendo que o primeiro emprega 946 e o segundo 3841 trabalhadores registrados. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais é de 11,39% no ano 2000, quase o dobro da média estadual de 6,64% (SEADE, 2003)

Em relação a Saúde a cidade não possui Hospital nem Leitos SUS e conta com três Unidades de Atendimento Ambulatorial (IBGE, 2003).

O Índice de Mortalidade Infantil é de 15,58%, semelhante à média estadual que é de 15,02%. Não há população cadastrada no Programa de Saúde da Família (SEADE, 2003).

Quanto ao Saneamento, a cidade possui 96,94% de sua população servida por água tratada e 98,97% de nível de atendimento em coleta de lixo. Entretanto o nível de atendimento do esgoto sanitário é de apenas 19,45%, contrastando com a média estadual de 85,72% (SEADE, 2003).

O Serviço de atendimento odontológico municipal conta com ações de assistência e de atenção à Saúde Bucal. A assistência é prestada exclusivamente na Unidade Ambulatorial CEMAS (Centro Multidisciplinar de Atendimento à Saúde) e compreende procedimentos da atenção básica. Para tanto a equipe de saúde bucal, composta por 06 Cirurgiões-Dentistas, conta com 03 equipamentos completos (cadeira, equipo, refletor, cuspidreira, mocho e armários) e um equipamento de Raios-X, instalados lado a lado (porém de forma "não modular") na referida Unidade ambulatorial. Para as necessidades referentes a atenção secundária o município não possui assistência e possui referência apenas para os casos relativos a Estomatologia e Patologia cujos Centros de Referência são a Faculdade de Odontologia da Universidade São Francisco (Bragança Paulista), a Faculdade de Odontologia da PUC (Campinas) e o Serviço Odontológico Municipal de Cosmópolis. As ações de Atenção à Saúde são prestadas pelos profissionais tanto na referida Unidade Ambulatorial quanto em Unidades Escolares, Creches e outros Espaços Institucionais.

Em 1999 a cidade apresentou, em levantamento epidemiológico de cárie dental, índice CPOD de 2,42 e no ano 2001 o CPOD encontrado foi de 3. O índice de acesso à primeira consulta odontológica verificado em 2002 foi de 11,99%. Há agregação de flúor à água de abastecimento público, entretanto não há heterocontrole da mesma. Outro acesso coletivo da população a fluoretação diz respeito aos Procedimentos Coletivos (PCs) realizados pela equipe de saúde bucal. A cobertura dos PCs segundo o SIA-SUS é de 29,09% num total de 22.250 procedimentos/ ano realizados para uma população de 5.173 crianças de 04 a 14 anos de idade (SÃO PAULO, 2003).

A cidade de Santo Antonio de Posse possui um sistema público de assistência odontológica que, devido a razões históricas, ainda é excludente e não tem acompanhado a tendência nacional de queda de prevalência de cárie. É, portanto, um setor da saúde que necessita desenvolver-se. Daí a importância da elaboração do planos e metas que reorientem as ações de Saúde bucal e que sejam coerentes e consoantes com o Plano de Saúde do município.

Considerando que:

- Segundo KOSLOWSKY (2001) há relação entre o fator sócio-econômico e a prevalência e severidade de cárie, sendo que menores condições sócio-econômicas conferem maior possibilidade de presença da doença.
- Os limites de fluoreto recomendados para serem adicionados à água de abastecimento devem ser estabelecidos em função da média das temperaturas máximas diárias, como também afirma PINTO (2000), o monitoramento da situação da fluoretação das águas de abastecimento público é imprescindível.
- O índice de acesso à primeira consulta em Odontologia, apresentado pelo município em 2002, foi o 7º maior índice de toda a região compreendida por 42 municípios constituintes da DIR XII. Paralelamente, a análise da média dos componentes do índice CPOD segundo a idade em 1999 demonstra um expressivo aumento do componente obturado após os oito anos de idade em relação aos outros componentes o que é coerente com o citado índice de acesso alto. Entretanto, não há diminuição do índice CPOD entre os anos 1999 e 2000 .
- Segundo PEREIRA & MOREIRA obsearam em 1992, o rendimento do Cirurgião-Dentista em relação à média semanal em todos os tipos de serviços pode sofrer aumento da ordem de 28,2%, sendo que na composição da hora clínica, o aumento

de produtividade observado pelos autores foi de 31,8% com a utilização adequada de auxiliares odontológicos.

Pode-se supor que:

- O município de Santo Antonio de Posse, cujos indicadores sócio-econômicos classificam-no como grupo 4 ou de “ *Baixo desenvolvimento econômico e em transição social*”, pode ser considerado como uma área de risco em relação à prevalência e severidade de cárie, já que há relação entre tal prevalência e fator sócio-econômico, além do que o aumento do índice CPOD entre os anos de 1999 e 2000, contrariando a tendência em nível nacional, confirma tal vulnerabilidade do município.
- Há necessidade de se instalar no município um sistema de vigilância sobre a fluoretação das águas de abastecimento público a fim de se prevenir possíveis casos de fluorose.
- Há necessidade de implementação de ações e capacitação profissional na área de prevenção e de promoção de saúde bucal, tendo em vista que mesmo a população tendo bom acesso ao serviço não houve diminuição no índice CPOD.
- A falta de pessoal auxiliar contribui com a desmotivação profissional na medida em que o Cirurgião-Dentista percebe seu rendimento menor que o esperado por ele mesmo e pelo paciente, além do que, sem auxiliar o profissional tem que desconcentrar-se de sua função principal de promotor de saúde para desempenhar outros papéis como responsabilizar-se pela lavagem de instrumentais, agendamento, esterilização, etc...Também as citadas deficiências na área de prevenção e promoção de saúde só tendem a aumentar na ausência de pessoal auxiliar já que estes podem desempenhar papel

fundamental no ensino e supervisão de escovação e em tarefas outras de educação em saúde com todos os pacientes em tratamento.

OBJETIVO

Sugerir, ao município de Santo Antonio de Posse, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, um Plano Municipal de Saúde Bucal, em consonância com o Plano Municipal de Saúde, cujas ações, obedeçam aos princípios doutrinários e organizativos do SUS e à realidade local, e vislumbrem a mudança da tendência de comportamento da doença cárie.

DISCUSSÃO

O Plano sugerido visa o desenvolvimento dos seguintes setores:

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

- Pretende-se, através da substituição da prática curativa por um modelo preventivo-promocional, buscar um efetivo impacto epidemiológico que desencadeie a satisfação do usuário, tendo este a percepção necessária sobre saúde bucal para a busca do auto-cuidado. Para tanto organiza-se o atendimento segundo as seguintes diretrizes propostas pelo modelo de atenção à saúde bucal desenvolvido no município de Curitiba, Estado do Paraná (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 1995):

1) Divisão do território:

- √ O universo da atenção é a totalidade do território, entretanto devem ser priorizadas as áreas de maior risco como: áreas de risco social, creches, escolas, grupos de desnutridos, gestantes, idosos (3ª idade), etc.

2) Fluxo do atendimento :

- √ Os problemas de enfrentamento ocasional, aqui representados pelas urgências constituem a demanda espontânea. Estes devem ter atendimento imediato nas Unidades (pronto-atendimento) dando-se prioridade aos problemas agudos e, num segundo momento aos problemas crônicos. Assim, todos os pacientes pertencentes a esta demanda sofrerão uma pré-triagem na qual, de acordo com a ordem de chegada se faz o acolhimento do paciente,

ouvindo-se atentamente sua queixa principal ou necessidade sentida e faz-se um exame clínico visual com espátula de madeira para encaminhamento do mesmo:

- Atendimento clínico do caso agudo
- Encaminhamento a profissional especializado nos serviços de referência e unidades de diagnóstico
- Grupos de manutenção e controle coletivos monitorados por pessoal auxiliar
- Educação em saúde e escovação supervisionada, orientados, preferencialmente por pessoal auxiliar.

Em seguida, todos os pacientes desta demanda devem ser avaliados em relação a atividade de cárie e, aqueles considerados de alto risco deverão ser considerados do universo priorizados e, portanto, farão parte da demanda descrita a seguir cuja atenção será de enfrentamento contínuo.

- √ Os Problemas de Enfrentamento Contínuo são aqueles detectados nos grupos populacionais em situação de risco. Para tais grupos a atenção objetiva a redução da incidência das doenças produzidas pela placa. Esta demanda é captada no pronto-atendimento ou em eventos previamente organizados para triagem dos indivíduos cuja auto-percepção os leve à procura de tratamento odontológico. A organização do fluxo, aqui, é através de agendamento e os pacientes deste grupo são divididos em dois sub-grupos, segundo a atividade da doença:

- Alta Atividade da Doença (G1):

Pacientes com cárie e/ou ou mancha branca ativas e/ou mais de 20% dos tecidos de suporte comprometidos por

doença periodontal. Estes indivíduos têm tratamento garantido.

- Baixa Atividade da Doença (G2):

Pacientes com cáries crônicas paralisadas, manchas brancas cicatrizadas, ausência ou menos de 20% de comprometimento periodontal. Para estes indivíduos a atenção será coletiva e extra-clínica. Numa escala de prioridades, este sub-grupo será o segundo a receber tratamento reabilitador quando este se fizer necessário.

- √ As ações de educação em saúde, fundamentais para a mudança de hábitos e de estilo de vida dos cidadãos, devem estar inseridas tanto no enfrentamento ocasional quanto no contínuo e sua operacionalização deverá ser intersetorial, abrangente e dependerá da mídia local para difusão do conhecimento sobre o processo saúde-doença entre os indivíduos de todo o território.

Esquemáticamente:

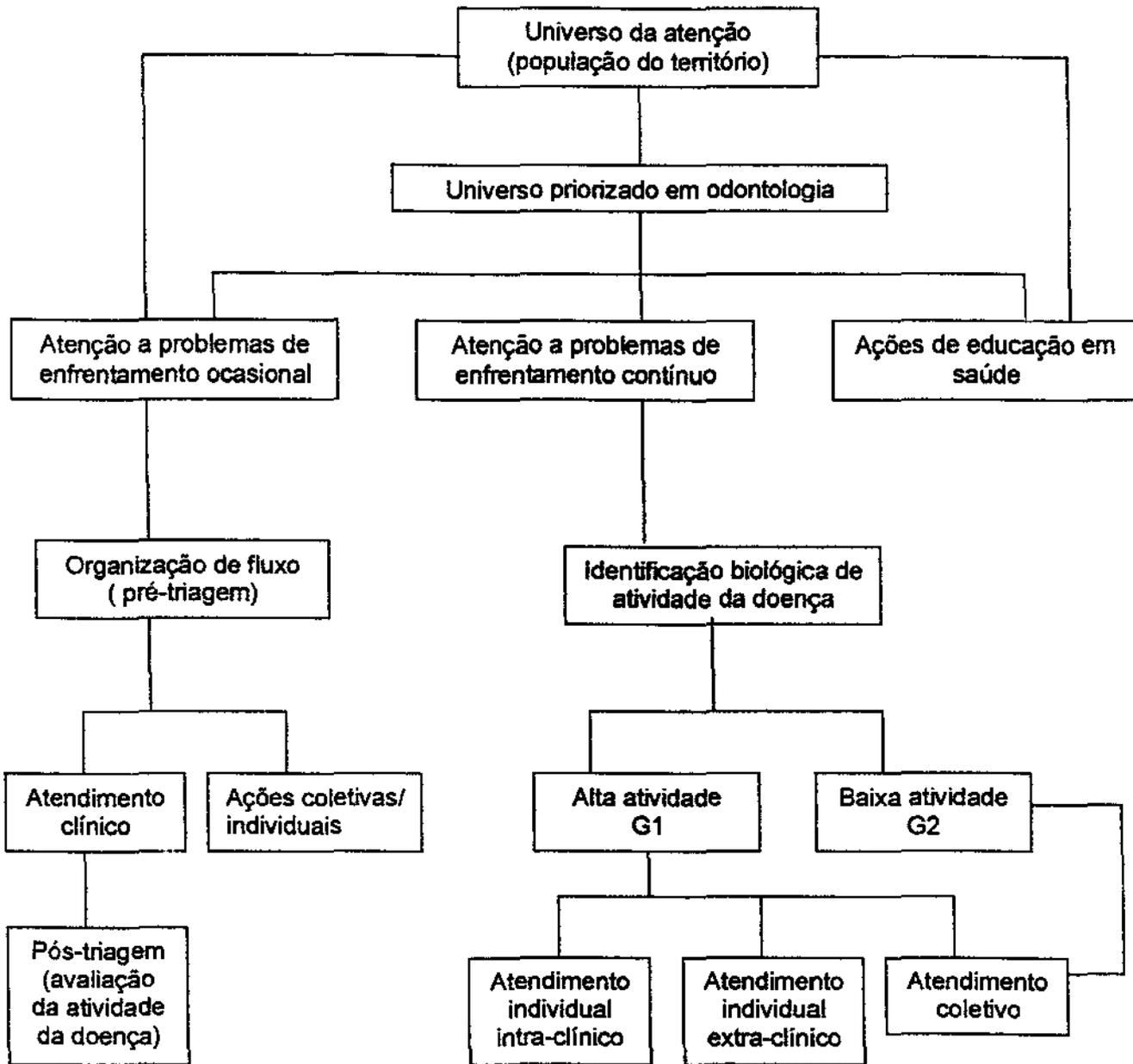


Figura 1 – Extensão de ações de saúde bucal e uma comunidade

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (1995), citado por PINTO (2000), p. 10.

RECURSOS HUMANOS

- Aumentar a motivação dos profissionais atuantes na rede através das seguintes ações:

1) *Aplicação de questionário a cada Cirurgião Dentista, segundo modelo proposto por TENGAN (2004) cujas respostas, em forma de teste qualifiquem como péssimo, ruim, regular ou ótimo os seguintes quesitos:*

1. Condições gerais (prediais) das instalações
 2. Condições do consultório
 3. Qualidade do instrumental
 4. Qualidade do material de consumo
 5. Qualidade do material de biossegurança
 6. Esterilização de instrumental
 7. Iluminação Geral
 8. Limpeza
1. Localização- Facilidade de acesso
 2. Planejamento das atividades
 3. Sistema de comunicação
 4. Política de salários/benefícios/incentivos
 5. Aperfeiçoamento profissional
 6. Grau de satisfação por trabalhar no serviço
 7. Há disponibilidade para reciclagem profissional? () Sim () Não
 8. O serviço investe no aperfeiçoamento profissional? () Sim () Não

Através da compilação dos dados, discutir em reunião geral da equipe, as possibilidades de mudança dos quesitos julgados como ruim ou péssimo e o aprimoramento dos quesitos julgados regulares. Para as situações citadas, quando da impossibilidade de mudanças imediatas, explicar as razões das impossibilidades e paralelamente, fazer planos para sua aplicação a médio prazo.

2) *Contratação de pessoal técnico (ACDs e THDs) que sirva para otimizar o trabalho do profissional através da organização de questões burocráticas como agendamento, armazenamento de material e*

documentos, bem como da esterilização de instrumental e procedimentos coletivos.

3) Recapacitação profissional para os Cirurgiões-Dentistas e para o pessoal auxiliar tanto em relação a áreas técnicas (biossegurança, epidemiologia, educação em saúde, etc), quanto nas áreas do comportamento humano e humanização do atendimento.

SATISFAÇÃO DA DEMANDA

Novamente, a aplicação do questionário *segundo modelo proposto por TENGAN (2004)* mostra-se uma decisão, além de democrática, simples. Neste deve-se perguntar ao usuário:

- √ Há quanto tempo frequenta o serviço?
- √ Idade
- √ Sexo
- √ Sabe qual é o seu problema? () Sim () Não

Além disso, perguntas classificatórias, cujas respostas, em forma de teste, sejam as alternativas: péssimo, ruim, regular, bom ou ótimo sobre o serviço. São elas:

1. Acesso (transporte, localização)
2. Acesso ao serviço
3. Atendimento na recepção
4. Tempo de espera para atendimento
5. Atendimento odontológico
6. Remarcação da consulta
7. Limpeza
8. Sugestões para a melhoria da assistência-

Após um tempo pré-determinado de coleta dos dados, compilá-los de forma percentual estabelecendo prioridade às respostas que classificam como ruim ou péssimo e, assim, analisar, junto à Secretaria de Saúde a mudança imediata de tais itens, bem como a modificação dos itens classificados como regulares. Considerar ainda as sugestões para a melhoria da assistência como fiéis participações do usuário no processo de mudança, atitude esta coerente com os já citados princípios doutrinários do SUS

CPOD NAS IDADES ÍNDICE: 5; 12; 35-44; 65-74 ANOS

- Promover a queda do índice CPOD do município em geral (todas as idades) e, na análise isolada de seus componentes, diminuir principalmente o número de dentes cariados e perdidos. Para tanto desenvolver-se-á atividades de:

1) Educação em Saúde:

√ Aos 05 anos: Através de atividades lúdicas, mostrar às crianças nas Escolas Municipais de Ensino Infantil (EMEIs) e nas Creches a importância dos dentes, dos agentes necessários à saúde bucal (escova, fio e creme dental e dentista), bem como ensinar-lhes técnica de escovação.

√ Aos 12 anos: Ensinar a adolescentes e pré-adolescentes nos espaços institucionais (Escolas Municipais e Estaduais de Educação Fundamental) sobre como ocorre o processo de cárie, de tal forma a torná-los co-responsáveis pela sua estabilização e/ou prevenção.

√ Aos 35-44 anos: Para os pacientes desta idade, pela menor frequência de associação dos mesmos em grupos de encontro periódico, a abordagem pode ser basicamente teórico-demonstrativa, promovida em reuniões comunitárias previamente marcadas e conjugadas com outros assuntos de interesse da comunidade como por exemplo controle de certas endemias, controle da dengue, reuniões de pais em escolas, reuniões de centros comunitários, etc.

√ Aos grupos de 65 a 74 anos: Trabalhar o fator "Educação em Saúde" com grupos pré-formados, cujo acesso aos mesmos, pelo Cirurgião-Dentista é, inclusive facilitado pela periodicidade em que os mesmos se reúnem, como: *Grupos de 3ª idade:* Interferir nestes, capacitando seus "líderes" em relação aos principais problemas que afetam este grupo, como: xerostomia, decorrente do uso de certas medicações; cuidados especiais com raízes expostas, doença periodontal, responsável por grande parte das exodontias; etc. Usar da estratégia da inserção destas informações sempre conjugadas com outras atividades como oficinas de bordado, nas quais o Cirurgião-Dentista pode participar vez por outra exemplificando aspectos anatômicos através de linha e agulha; aulas de pintura onde o profissional pode estar presente e elaborar trabalhos que envolvam estética, sorriso, etc., mostrando a beleza de se ter boa condição bucal e outras participações do profissional e/ou da equipe.

Grupos de Hipertensos, Diabéticos, Cardiopatas, Pacientes com sobrepeso, etc. À estes, cujos encontros costumam ser rotineiros e acompanhados por equipe multiprofissional como enfermeiros, nutricionista, fisioterapeuta, a conscientização periódica e sistematizada, através de atividades teórico-participativas, onde o paciente se torne co-autor nas atividades, pode diminuir a prevalência de exodontias através da transformação da " cultura da extração" e do acréscimo de conhecimento acerca da importância dos dentes naturais, além de contribuir sobremaneira na mudança de hábitos alimentares e abandono de vícios. Esta estratégia, visa contribuir muito para a queda do componente "P" do CPOD.

2) Prevenção e Promoção de Saúde:

√ Através do diagrama já demonstrado anteriormente (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 1995), pode se observar o procedimento ideal a ser feito com os grupos previamente divididos segundo o critério epidemiológico do risco de cárie:

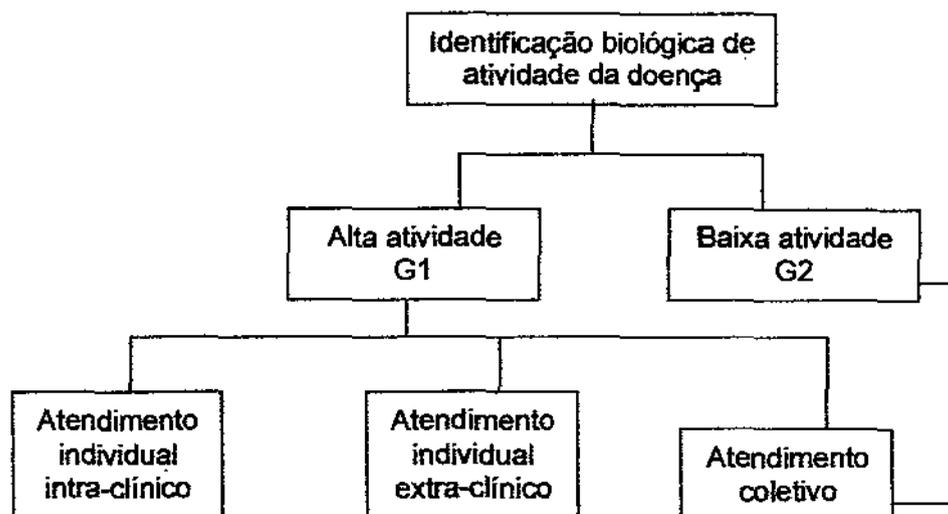


Figura 2 – Tipo de atendimento a ser realizado de acordo com a divisão da população segundo critério epidemiológico

Fonte: Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (1995), citado por PINTO (2000). p. 103

√ Para os que possuem alta atividade (G1), o atendimento extra-clínico compreende restauração pela Técnica de Restauração Atraumática (ART) a qual promoverá a estabilização do processo de doença e a motivação do paciente em relação ao controle da mesma, conseqüentemente prevenindo aumento do componente “C” do CPOD com sua conseqüente queda.

√ Para as preventivas associadas ao atendimento coletivo sugere-se adotar as ações propostas pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no documento “A organização das ações de saúde bucal na atenção básica- Uma proposta para o SUS São Paulo” (SÃO PAULO, 2001) que compreendem:

Escovação Supervisionada Trimestral : Para grupos de 6 a 12 pessoas, sob responsabilidade do Cirurgião-Dentista, THD, ACD ou ACS com distribuição de escova e dentífrício, sempre que possível, e, atentando para o fato de que crianças com idade entre 2 a 4 anos deglutem em média, 50% do dentífrício usado e crianças de 5 a 7 anos deglutem 25%. Logo, deve-se controlar tal fator adequadamente já que trata-se de importante risco para fluorose.

Fluorterapia : Levando-se em conta que a água do município de Santo Antonio de Posse é fluoretada, os pacientes com baixa atividade de cárie devem sofrer aplicação tópica de flúor anualmente. Para o grupo de alta atividade sugere-se fazer aplicações seriadas:

- 04 aplicações de gel fluorado em 04 semanas seguidas como "terapia de choque" seguidas por
- 02 aplicações no mês seguinte e,
- 01 aplicação no 3º mês.

Flexibilizações nesta frequência serão possíveis em função da reclassificação dentro do risco do indivíduo.

As aplicações podem ser feitas através da escova dentária pela técnica transversal por 30 segundos cada hemi-arco, iniciando superior direito e continuando-se em sentido horário, perfazendo 2 minutos no total. Quem aplica o flúor é o agente e não a criança. Os grupos devem ter no máximo 6 crianças de cada vez para permitir total controle dos teores de flúor pelo profissional. Não se trata, portanto de *escovação com flúor* mas de sua aplicação profissional.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO EM SAUDE BUCAL

Permite-nos saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado; subsidia ajustes e correções de rumo em planos que sofreram acidentes de percurso, além de contribuir para a elaboração de planos futuros mais perfeitos (PINTO, 2000).

Sugere-se que a avaliação, aqui, contemple tanto usuários quanto profissionais, qualidade de procedimentos e critérios epidemiológicos.

Em relação aos usuários:

Avaliação semestral quantitativa (percentual) do número de modificações implementadas em função das respostas dadas pelos mesmos aos questionários anteriormente propostos é um indicador do quão democrático é o sistema.

Avaliação anual qualitativa feita por equipe alheia ao serviço sobre as respostas dadas nos questionários de todo o ano, poderá demonstrar, com isenção e imparcialidade o aumento ou não de qualidade do mesmo.

Em relação a qualidade dos procedimentos e a critérios epidemiológicos :

Para que a avaliação seja eficiente e funcional, os registros dos trabalhos executados devem ser coerentes com aquilo que se pretende avaliar. Assim, os mapas de produção, fichas clínicas, etc. devem ser discutidos com a equipe e reformulados quantas vezes sejam necessárias até que se obtenham modelos cujos dados neles contidos possam posteriormente retornar em forma de indicadores úteis à avaliação, evitando inutilidades que só servem para irritar quem os preenchem, além de promover a não cooperação e não envolvimento do profissional com o programa. Sugere-se, para tanto:

- √ Usar o mínimo possível de formulários;
- √ Montar relatórios diários com itens similares aos dos mapas de produção periódicos;
- √ Captar apenas dados de produção finais (evitar registro de dados intermediários como forramento, tipo de preparo caitário, etc.);
- √ Mapa de produção com as seguintes informações mínimas:
 - Pacientes novos
 - Pacientes subseqüentes (de retorno)
 - Dentes restaurados em amálgama e resina
 - Exodontias
 - Profilaxias
 - Aplicações tópicas de Flúor

- Aplicações de selantes
- Orientações em higiene bucal
- √ Através dos dados acima citados, coletar indicadores que permitam avaliação operativa do trabalho como:
 - Média por clínica e por profissional por dia, mês ou ano, de dentes restaurados, exodontias, profilaxias, pacientes novos, pacientes regulares, pacientes com atenção preventiva
 - Porcentagem de pacientes novos em proporção aos que já estão em tratamento
 - Porcentagem de restaurações em amálgama cotejado com restaurações em resina
 - Restaurações X exodontias
 - Aplicações tópicas de flúor X selantes
 - Porcentagem de pessoas com atenção preventiva em comparação com o total de pessoas atendidas.

A avaliação direta de programas odontológicos utiliza, geralmente indicadores que medem cinco características: *esforço, eficácia, rendimento, cobertura ou adequação e qualidade.*

Esforço: Representa o número de recursos físicos (unidades, equipamentos, etc), humanos e financeiros alocados ou existentes, não incluindo resultados alcançados.

Eficácia: É a relação entre as realizações do programa e as atividades inicialmente previstas (realizado / planejado), utilizando-se de três variáveis: recursos, atividades e objetivos.

Rendimento ou Eficiência: Expressa os efeitos alcançados em relação aos recursos despendidos e às atividades realizadas. Ex. consultas por tratamentos completados; custo por restauração, etc.

Adequação ou cobertura : Significa a porcentagem da população atendida em relação à população total ou a uma população previamente definida num programa, podendo, no primeiro caso, representar apenas o acesso mínimo da

população aos serviços; ou, no segundo caso, representar a obtenção de condições adequadas de saúde bucal. Nas situações em que as verbas orçamentária são escassas, a hipótese de se ofertar uma consulta por pessoa por ano pode ser a mais adequada atitude .

Qualidade: É estabelecida segundo duas variáveis: grau de desempenho sustantivo do trabalho odontológico e satisfação ou não da clientela com os serviços prestados. No primeiro caso, coleta-se os dados através de pacientes tirados ao acaso de um conjunto de fichas clínicas. No segundo, através de questionários ou entrevistas com pacientes.

Em relação, especificamente à qualidade dos procedimentos pode-se proceder a análises periódicas dos mesmos através de amostragem casual simples, sorteando-se, ao acaso, pacientes atendidos e examinando-se-os segundo critérios de qualidade pré-estabelecidos pela equipe e em consonância com os critérios defendidos pela literatura científica atual .

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DA FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO

- Sugere-se, para tanto, que se faça, no mínimo, uma análise bioquímica da água por semestre, sendo que a coleta e o envio da amostra devem ser realizados sempre por pessoa externa ao serviço de abastecimento e tratamento de água e sempre em data e local por este desconhecidos.

Para a confecção de tal análise sugere-se o laboratório de bioquímica da Faculdade de Odontologia da Unicamp, em Piracicaba.

SISTEMA DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- Regularizar a documentação dos pacientes pelo prontuário odontológico sob o ponto de vista ético-legal garantindo, desta forma, tanto direitos de cidadania do paciente quanto o resguardo do profissional, bem como a facilidade de acesso a dados imprescindíveis no tratamento. Para tanto, sugere-se:
 - √ Recapacitar os Cirurgiões-dentistas em relação ao assunto "Responsabilidade profissional".

 - √ Construir, junto com a equipe, um prontuário odontológico que obedeça aos critérios mínimos necessários para a documentação do paciente e do caso clínico preconizados por IBEMOL em 2003:
 - Cadastro do paciente
 - Anamnese (que contenha, minimamente, todas as perguntas que possam modificar condutas clínicas)
 - Dados do exame físico
 - Odontograma Inicial
 - Plano de tratamento
 - Autorização expressa do paciente
 - Acompanhamento do caso clínico
 - Registro de todas as 2^{as} vias, assinadas pelo paciente, de:
 - * Pedidos de exames
 - * Prescrições
 - * Encaminhamentos
 - * Solicitação de pareceres
 - * Solicitação de retorno

- * Recomendações pós-operatórias
- * Atestados médicos
- * Atestados de comparecimento

INTEGRALIDADE E SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

- Fazer levantamento epidemiológico nas especialidades para se detectar a prevalência / incidência dos casos e, assim, estabelecer-se a relação custo X benefício entre encaminhamentos e/ou soluções locais. Por exemplo, na especialidade de endodontia, verificar se a incidência de casos em adultos pode justificar a implantação de um serviço local a custo menor do que o custo de transporte dos casos para os locais de referência.

- Ampliar o serviço de Referência e Contra-Referência garantindo assistência à totalidade dos casos não atendidos pela rede na área de cirurgia oral, odontopediatria e pacientes com necessidades especiais. Para tanto, sugere-se:
 - √ Recapacitar o Cirurgião-Dentista para a triagem dos casos para encaminhamento através de cursos oferecidos nas área em questão.

 - √ Referências localizadas em regiões o mais próximo possível do local de atendimento:

- Para Odontopediatria: sugere-se a Associação dos Cirurgiões-Dentistas de Campinas (ACDC) através do seu curso de especialização na área.
- Para Cirurgia Oral Menor as sugestões são: FOP- Faculdade de Odontologia de Piracicaba e Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas.
- Para os Pacientes com Necessidades Especiais a indicação é o curso de Pós graduação em Odontologia da São Leopoldo Mandic em Campinas.
- Para endodontia : Associação dos Cirurgiões-Dentistas de Campinas (ACDC) através do seu curso de especialização na área, FOP- Faculdade de Odontologia de Piracicaba e Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista dos dados epidemiológicos de Saúde Bucal demonstrados pela cidade de Santo Antonio de Posse e das condições sócio-econômicas do município, fica inequívoca a necessidade da elaboração de um Plano Municipal de Saúde Bucal para esta população.

Tal planejamento deve contemplar:

- ✓ Critérios epidemiológicos locais;
- ✓ Ser de execução financeiramente viável;
- ✓ Sobretudo ser coerente com o Plano de Saúde do município cuja sustentação e base devem estar nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO E PESQUISA EM MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL (IBEMOL). *Prontuário: Atestado odontológico*. Disponível em <<http://www.ibemol.com.br/prontuario>> Acesso em 13 dez. 2003.
2. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). *Perfil municipal*. Perfil municipal de Santo Antonio de Posse. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/perfil/index.html>>. Acesso em 09 ago.2003.
3. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas>> Acesso em: 20 dez. 2003.
4. KOSLOWSKY, F.C. *Relação entre o fator sócio-econômico e a prevalência e severidade de fluorose e cárie dentária*. Piracicaba, 2001.165p. (Dissertação de Mestrado- Cariologia) – Faculdade de odontologia de Piracicaba, Unicamp.
5. PEREIRA, A.C.; MOREIRA, B.W. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. *Rev. Assoc Paul Cir Dent*. São Paulo, v. 46, n. .5, p 851-54, set/ out 1992.
6. PINTO, V.G. Programação em Saúde bucal. In: PINTO, V.G. *Saúde bucal coletiva*. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap.4, p.99-138.
7. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de Saúde Bucal*. Curitiba: Mimeo, 1995

8. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Centro Técnico de Saúde bucal. *A organização das ações de saúde bucal na atenção básica : Uma proposta para o SUS* São Paulo. São Paulo, 2001. 39p.
9. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Manual de orientações para os indicadores de gestão*. São Paulo, 2003. 60p.
10. SERRA, C.G. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.95-122, 2001.
11. TENGAN, C. Avaliação do atendimento em um serviço público odontológico [dissertação] Piracicaba (São Paulo): FOP-Unicamp; 2004.