

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAIMUNDO RIBEIRO LOPES NETO**

**PLANO DE AÇÃO PARA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO**  
**EM SAÚDE BUCAL EM PARACURU - CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2012**

**RAIMUNDO RIBEIRO LOPES NETO**

**PLANO DE AÇÃO PARA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL  
EM PARACURU - CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dra. Andrea Soares Rocha da Silva

**FORTALEZA**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

---

L853p Lopes Neto, Raimundo Ribeiro

Plano de Ação para Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal/ Raimundo Rodrigues Farrapo Lopes. – 2012.  
27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2012.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dra. Andrea Soares Rocha da Silva

1. Saúde Bucal. 2. Inquéritos Epidemiológicos. 3. Levantamento de Saúde Bucal.I.  
Título.

---

CDD 362.1

**RAIMUNDO RIBEIRO LOPES NETO**

**PLANO DE AÇÃO PARA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL  
EM PÁRACURU – CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Andrea Soares Rocha da Silva (Orientadora)

---

Prof. Me. Ivana Cristina Vieira de Lima (1º Avaliador)

---

Prof. Esp. Gardênia Maria Costa de Oliveira (2º Avaliador)

À minha família

## **AGRADECIMENTOS**

A minha esposa, Analís Farrapo, pelo auxílio e companheirismo, desde o início do curso até a elaboração e execução desta tarefa.

A minha filha, Maria Cláudia, por alegrar os meus momentos de cansaço; facilitando superá-los.

Ao meu tutor, Álvaro Fechine, por todas as orientações e críticas construtivas a mim prestadas durante todo o transcorrer do curso e ao incentivo para que eu chegasse até o fim do curso.

A Josiele Coutinho que cedeu parte do seu tempo para orientar-me nos momentos finais da construção e formatação deste trabalho.

## RESUMO

A saúde bucal é um importante aspecto da saúde coletiva. A maioria dos problemas bucais é passível de prevenção através de métodos há muito investigados e, por isso, a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal é de grande importância, pois conhecendo a estatística envolvida nele, é possível fazer um melhor planejamento das necessidades odontológicas de uma comunidade. Este meio de abordagem é considerado de baixo custo e com possibilidades de alto impacto odontológico no âmbito público e coletivo. Esse estudo tem como objetivo elaborar um plano de ação visando melhorar a saúde bucal da comunidade atendida pela ESF – Riacho Doce, do município de Paracuru – CE, através de um levantamento epidemiológico de prevalência de cárie dentária e condição periodontal. Trata-se de uma investigação de campo, de abordagem qualitativa, que se utiliza de uma abordagem indutiva, com procedimento comparativo-estatístico e técnica da observação direta intensiva, por meio de registros dos exames clínicos, e extensiva, para o preenchimento de formulários pré-estabelecidos. O presente plano de ação deverá ser aplicado a partir de janeiro de 2013, na área atendida pelo Centro de Saúde da Família Ana Lúcia Sombra. A implantação do plano de ação influenciará na identificação das nuances situacionais da comunidade, pois se trata de um plano que tem o intuito de ser contínuo e a sua execução conta com intensas trocas de saberes entre todos os atores envolvidos.

**Palavras-chaves:** Saúde Bucal. Inquéritos Epidemiológicos. Inquéritos de Saúde Bucal.

## ABSTRACT

The oral health is a major aspect of health. Most dental problems are preventable by methods have long investigated and, therefore, conducting epidemiological surveys on oral health is very important because knowing the statistics involved in it, you can do a better planning of the dental needs of a community. This method of approach is considered low cost and high impact dental possibilities in the public and collective. This study aims to develop an action plan to improve the oral health of the community served by the ESF - Sweet Creek, the city of Paracuru - CE, through an epidemiological survey of prevalence of dental caries and periodontal condition. It is a field investigation, a qualitative approach, which uses an inductive approach, with comparative-statistical procedure and technique of intensive direct observation by means of clinical records, and extensive, to fill preprinted forms - established. This action plan should be implemented from January 2013, in the area served by the Center for Family Health Ana Lúcia Sombra. The implementation of the action plan will influence the identification of situational nuances of the community, because it is a plan that aims to be continuous and its implementation has intense exchange of knowledge between all involved.

**Keywords:** Oral Health. Epidemiological investigations. Dental Health Surveys



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ceo-d – Dentes Cariados, com Extração Indicada e Obturados

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CPI – Índice Periodontal Comunitário

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CSF – Centro de Saúde da Família

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>   | <b>13</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....   | 13        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 13        |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>   | <b>14</b> |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO.....  | 14        |
| 3.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO .....  | 14        |
| 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....  | 14        |
| 3.4 PERCURSO DA COLETA DE DADOS.....   | 15        |
| 3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....   | 15        |
| <b>4 RESULTADOS ESPERADOS: DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO.....</b>                          | <b>16</b> |
| 4.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS .....  | 16        |
| 4.2 PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS.....  | 17        |
| 4.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO .....  | 18        |
| 4.4. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....   | 19        |
| 4.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS .....   | 20        |
| 4.7 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO .....  | 22        |
| 4.8 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO .....  | 22        |
| 4.9 GESTÃO DO PLANO .....  | 24        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>26</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>28</b> |
| ANEXO A – FICHA CLÍNICA SEGUINDO O MODELO APLICADO NO SB BRASIL 2010.....                  | 28        |
| ANEXO B – TERMO DE LIVRE ESCLARECIMENTO SEGUINDO O MODELO APLICADO NO SB BRASIL 2010. .... | 29        |

## 1 INTRODUÇÃO

O surgimento do SUS deu-se a partir da necessidade da institucionalização das proposições realizadas na VIII Conferência de Saúde, onde foi criada, por decreto, uma Comissão Interministerial, denominada Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS, que tinha a incumbência de “em, apenas, 180 dias, propor a nova Política Nacional de Saúde” (SILVA, 1996).

Neste intuito foram instituídos, também através de decreto (nº 94.657 de 20/07/1988) os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS nos estados brasileiros, tentando perfazer uma etapa intermediária à implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. Lembrando que todo este quadro político tinha em seu desenrolar a pressão constante e maciça do Movimento pela Reforma Sanitária, cujos componentes, naquele momento, eram ocupantes de altos cargos federais do governo do então presidente José Sarney (SILVA, 1996).

Grandes atribulações ainda vieram influenciar no processo de transição dos SUDS para o SUS e entre os quais podemos citar:

- Com o objetivo de promover a inter institucionalização, por esfera de governo, mantendo uma direção única e seguindo critérios de complexidade crescente, cerceados por autonomia política, gerencial e financeira de estados e municípios. Sendo este último ponto o maior entrave histórico desde a implantação a atualidade e sempre marcado por histórico de escassez e mau gerenciamento de recursos.
- O declínio na qualidade da prestação de serviços provocada tanto pela frágil base financeira do Sistema quanto pelas irregularidades de transferência de recursos, seja pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (para estados e municípios) seja por negociatas políticas entre governo federal e estados e/ou estados e municípios.
- O início a universalização do atendimento, tentando satisfazer o direito de cidadania, ampliou a clientela, abrangendo quem outrora não tinha direito ao atendimento, dificultando ainda mais tanto o financiamento quanto o funcionamento.

- As péssimas condições de vida e o quadro sanitário da época auxiliavam o aumento da demanda e dificultavam o funcionamento do atendimento.

Mesmo diante deste quadro tão caótico, forjado por acúmulo de problemas estruturais no modelo proposto, o SUS teve sua aprovação na Constituição de 1988, adotando os princípios de universalidade e equidade:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas 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” (BRASIL, 1988).

Associado ao artigo 196 da Constituição Federal e visando a efetivação do SUS, a organização deverá atender ao disposto no artigo 198, também da Constituição Federal, que determina:

“Art. 198: As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.” (BRASIL, 1988).

Posteriormente, as leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, definiram os ordenamentos institucionais do SUS, que junto às Normas Operacionais Básicas nos anos subsequentes complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implantação da nova política de saúde (MAIO; LIMA, 2009); onde tal processo de moldagem continua até os dias atuais, tentando acomodar a constante mudança das demandas surgidas.

Surge, assim, como uma das ferramentas no processo de mudança na forma de atendimento em saúde o Programa de Saúde da Família, hoje renomeado para Estratégia de Saúde na Família, elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997). Enfim, contribui para a reorientação do modelo assistencial a partir da unidade básica, seguindo os princípios do SUS e imprimindo uma nova dinâmica de atuação nos Centros de Saúde da Família – CSF

Partindo desta nova visão, a família passa a ser o objeto central de atenção e a relação da mesma com o ambiente onde vive. Outra característica desta forma de atuar é promover a organização de atividades em um território definido e a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

O cirurgião-dentista possui, também, um importante papel na atuação da ESF. A Saúde Bucal Coletiva aparece como um modo de trazer a saúde bucal para o SUS (e vice-versa) (RONCALLI, 2009); onde até meados do século XX, o serviço odontológico brasileiro estava restrito a ações curativas, pontuais e sem planejamento, sendo destinados apenas aos trabalhadores segurados pela previdência social (AZEVEDO, 2010), e o restante da população, se tivesse condição financeira, tinha a seu dispor o setor privado e de alto custo.

A saúde bucal coletiva tem na epidemiologia um de seus mais contundentes aliados. Um dos conceitos comumente difundidos da epidemiologia foi proposto por Last (1988 *apud* RONCALLI, 2006) conceituando como “estudo da distribuição e dos determinantes de estados e eventos relacionados a saúde em populações específicas, e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde”. A epidemiologia serve como base para elaboração de modelos mais eficientes, eficazes, efetivos e equitativos (RONCALLI, 2006), proporcionando o conhecimento mais próximo do real de uma população, auxiliando na identificação dos problemas presentes e direcionando melhor a forma de atuação na solução destes; onde o conhecimento do estado de saúde ou doença de uma população é garantido, também, pela lei 8.080 de 19/09/1990 (Lei Orgânica de Saúde) (MACHADO *et al*, 2005).

Mesmo assim, diante de toda a importância aqui ressaltada, tanto no Brasil quanto no Ceará, poucos são os dados epidemiológicos disponíveis em saúde bucal. As informações provenientes dos sistemas de informação em saúde, obtidas, portanto, de dados secundários, apesar de fundamentais, são insuficientes para responder às necessidades da gestão (RONCALLI, 2006).

O município de Paracuru não foge a esta situação. O CSF Ana Lúcia Sombra encontra-se localizado há, aproximadamente, 3 Km da sede de Paracuru - CE, no Conjunto Nova Esperança; também conhecido por “Sem Terra”, devido a sua origem e desenvolvimento ligada a invasão de terras, e está sobre a responsabilidade da equipe de ESF – Riacho Doce. A área de abrangência da ESF – Riacho Doce é composta por quatro

localidades: Conjunto Nova Esperança, Riacho Doce, Planalto da Barra e Maleitas de Domingos. São 1047 famílias sob a responsabilidade da equipe, onde toda a comunidade é tida como uma das mais carentes e complicadas do município. Carente devido a sua própria origem. Complicada porque a demanda reprimida é muito alta (sobrecarregando a equipe) e que é agravada pelos problemas sociais, frutos da situação estrutural da comunidade: moradias sem qualidade, saneamento básico precário, pouco nível instrucional, área que concentra o tráfico de droga e com maior índice de violência, etc; apesar de uma melhora recente. O posto, apesar de pequeno, atende as necessidades básicas estruturais para a prestação de um serviço de saúde de qualidade.

Daí a importância da execução de um levantamento epidemiológico para sabermos se estamos progredindo positivamente em nossas ações em saúde bucal e seguindo a tendência exposta pelo SB Brasil 2010, no qual o Brasil entra no grupo de países com baixo índice de cárie (BRASIL, 2010), ou se necessitamos mudar a forma de pensamento e trabalho para alcançarmos tal feito.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Elaborar um plano de ação visando melhorar a saúde bucal da comunidade atendida pela ESF – Riacho Doce, do município de Paracuru – CE, através de um levantamento epidemiológico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar a prevalência de cárie dentária, em cada ciclo de vida, na comunidade atendida pela ESF – Riacho Doce do município de Paracuru.
- Estimar a condição periodontal, em cada ciclo de vida, na comunidade atendida pela ESF – Riacho Doce do município de Paracuru.
- Avaliar os impactos das ações em saúde bucal sobre a população usuária do Centro de Saúde da Família Ana Lúcia Sombra do município de Paracuru.
- Propor intervenções em saúde bucal com vistas à melhoria da efetividade das atividades em saúde bucal.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente plano de ação será realizado a partir de uma pesquisa epidemiológica observacional, utilizando-se uma abordagem indutiva, com procedimento comparativo-estatístico e técnica da observação direta intensiva, por meio de registros dos exames clínicos, e extensiva, para o preenchimento de formulários (LAKATOS; MARCONI, 2001).

#### **3.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO**

O projeto será implantado na Unidade de Básica de Saúde Luíza Sombra, que faz parte da ESF – Riacho Doce, atuando na zona urbana do município de Paracuru – CE, e abordando as seguintes localidades: Riacho Doce, Conjunto Nova Esperança, Planalto da Barra e Maleitas de Domingos.

O período de execução do primeiro levantamento irá variar de acordo com a disponibilidade ou não de mais profissionais para tal atividade, porém, não excedendo 03 meses e iniciando, no máximo, 03 meses após diálogo com a gestão municipal: prefeito (a) municipal e secretário (a) municipal de saúde.

#### **3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Participarão do estudo os moradores da área de abrangência da equipe, de ambos os sexos, e divididos nos seguintes grupos etários: 05 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. A amostra irá ser definida a partir da população de estudo, abordando um número de relevância estatística e seguirá os critérios do Levantamento Nacional das Condições de Saúde Bucal, o projeto SB Brasil 2010. (BRASIL, 2009).

O número de profissionais participantes irá depender da compreensão da gestão municipal, podendo compreender: de 03 cirurgiões-dentistas e 03 auxiliares de saúde bucal até 10 cirurgiões-dentistas e 10 auxiliares de saúde bucal.



Como critérios de inclusão para o presente estudo, selecionamos: ser morador da área adscrita à ESF e estar dentro das faixas etárias pré-determinadas. Já os critérios de exclusão serão o não cumprimento dos de inclusão

### 3.4 PERCURSO DA COLETA DE DADOS

A amostragem para cada faixa etária utilizará a média e variância da variável CPO-D (dentes cariados perdidos e obturados) e ceo-d (dentes cariados, com extração indicada e obturados – para idade de 5 anos); onde estas informações foram obtidas no SB Ceará (VIEIRA *et al*, 2010).

Serão utilizadas fichas clínicas seguindo o modelo aplicado no SB Brasil 2010 (Anexo A), que foi o mesmo aplicado no SB Ceará, a serem preenchidas pelas auxiliares de saúde bucal, seguindo as orientações dos cirurgiões-dentistas. Ademais, irá ser utilizado um termo de livre esclarecimento para os participantes do estudo, seguindo o modelo já empregado no SB 2010 (Anexo B).

Em momento prévio ao início do levantamento epidemiológico, será realizado um momento de calibração dos examinadores, para afinar os critérios de exame e explanação dos aspectos a serem abordados, seguindo as instruções do Projeto Técnico do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010). Além disso, no tocante a comunidade a ser abordada, serão realizados 03 momentos para esclarecimento e sensibilização da mesma para a importância do desenvolvimento da atividade, fazendo uso de palestras e distribuição de *folders*, contando com o apoio da ESF (06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 médico, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal (ASB) e 03 técnicos em enfermagem) e NASF (01 nutricionista, 01 terapeuta ocupacional, 02 fisioterapeutas, 02 educadores-físicos e 01 farmacêutica).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Neste primeiro momento não será necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética. Este procedimento é imprescindível apenas na etapa de implantação.

## **4 RESULTADOS ESPERADOS: DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO**

### **4.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS**

Os problemas a serem enfrentados e relatados estão em acordo com a vivência profissional na ESF – Riacho Doce:

- a) Comunidade com pequeno nível de instrução.
- b) Grande demanda reprimida necessitando de tratamento curativo.
- c) Dificuldade em se realizar atividades relacionadas à educação em saúde de uma forma geral.
- d) Descrença que a higiene bucal adequada reduz, drasticamente, os problemas de saúde bucal.
- e) Baixa adesão às atividades educativas por parte dos usuários e gestão.
- f) Ausência de levantamento epidemiológico para o conhecimento da situação atual, em relação à saúde bucal, da população adscrita à ESF.
- g) Carência de avaliação se as ações preventivas realizadas pela equipe de saúde bucal estão tendo impacto positivo sobre a comunidade, por falta de parâmetros iniciais.

## 4.2 PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

| <b>PRINCIPAIS PROBLEMAS</b>   | <b>IMPORTÂNCIA</b> | <b>URGÊNCIA</b> | <b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO</b> |
|---|--------------------|-----------------|------------------------------------|
| <b>Comunidade com pequeno nível de instrução</b>  | Alta               | 10              | Nenhuma                            |
| <b>Grande demanda reprimida necessitando de tratamento curativo</b>   | Alta               | 09              | Parcial                            |
| <b>Dificuldade em se realizar atividades relacionadas à educação em saúde de uma forma geral</b>  | Alta               | 10              | Parcial                            |
| <b>Descrença que a higiene bucal adequada reduz, drasticamente, os problemas de saúde bucal</b>   | Alta               | 10              | Parcial                            |
| <b>Baixa adesão às atividades educativas por parte dos usuários e gestão</b>  | Alta               | 10              | Parcial                            |
| <b>Ausência de levantamento epidemiológico para o conhecimento da situação atual, em relação à saúde bucal, da população adscrita à ESF</b>                               | Alta               | 10              | Total                              |
| <b>Carência de avaliação das ações preventivas realizadas pela equipe de saúde bucal estão tendo impacto positivo sobre a comunidade por falta de parâmetros iniciais</b> | Alta               | 10              | Total                              |

Diante dos inúmeros problemas existentes e já esboçados anteriormente, elegemos para traçar planos e metas a falta de levantamento epidemiológico para o conhecimento da situação atual, em relação à saúde bucal, da população adscrita à ESF, visto que o conhecimento da atual situação nos dá condições para planejarmos as ações a serem implantadas e avaliar os impactos das que já são executadas.

#### 4.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

O problema escolhido para ser descrito foi a falta de levantamento epidemiológico para o conhecimento da situação atual, em relação à saúde bucal, da população adscrita à ESF; visto que sem esta ferramenta de conhecimento acerca da população trabalhada, não há como avaliarmos a efetividade de nossas ações já implementadas e os resultados obtidos pelas mesmas, nem, tampouco, avaliarmos a necessidade de mudanças já existentes ou implantação de novas atividades.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família Riacho Doce possui sob sua responsabilidade as localidades do Conjunto Nova Esperança, Riacho Doce, Maleitas de Domingos e Planalto da Barra, localizadas no município de Paracuru - CE. A comunidade teve o seu início baseado em áreas de invasão territorial, através de movimentos dos “Sem Terra”. Hoje, a maioria dos moradores trabalha na pesca artesanal em águas do mar e na exploração de crustáceos encontrados no mangue formado pelo Rio Curu e o Mar Atlântico. Há um histórico de grande dificuldade de acesso aos tratamentos de saúde de forma geral e, sobretudo, ao tratamento odontológico, o que acabou produzindo uma grande demanda reprimida. A ampliação das equipes de ESF e ESB no município vem diminuindo tal dificuldade, porém ainda encontramos grande número de pessoas com necessidade de tratamento odontológico. Entretanto, por não haver um levantamento do quadro epidemiológico da saúde bucal inicial da população, não há como saber se as atividades preventivas, educativas e curativas executadas em odontologia estão surtindo o efeito desejado.

Devido à pesca artesanal, em águas do mar, ser a atividade principal da comunidade, os jovens da comunidade passam boa parte do tempo sem a orientação ou presença dos adultos, sejam os pais que estão no mar por dias ou mães que estão no mangue, ficando a sua educação (não só a nível de instrução) a cargo da escola e creche. Ademais, os

próprios adultos possuem um precário nível educacional, pecando, muitas vezes, até em noções básicas de higiene.

Baseados no estilo de vida da população, podemos mencionar alguns dos agravantes para a propagação de agravos em saúde bucal:

- Baixo poder aquisitivo da população, para ter o acesso a insumos para sua higiene pessoal;
- Baixo nível de instrução;
- Presença de demanda reprimida.

Diante de tal quadro, vemos a importância de se realizar o levantamento epidemiológico na área sob a responsabilidade da equipe de saúde bucal para que possamos planejar melhor as nossas atividades, sejam as já executadas ou novas que surgirem diante da necessidade, e avaliar, após algum período, o impacto das mesmas na saúde bucal da comunidade. Ademais, o levantamento epidemiológico poderá direcionar a atenção das atividades para a priorização dos agravos principais e do público alvo, sejam por estratégias curativas ou preventivas.

#### 4.4. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

“A saúde bucal é um determinante essencial ao bem estar das populações. Um indivíduo com condição bucal saudável irá apresentar melhor convivência social, comunicabilidade, situação de mastigação, autoconfiança e, portanto, qualidade de vida” (AZEVEDO; VALENÇA; LIMA NETO, 2012).

Com o levantamento epidemiológico criar-se-á subsídios para um melhor planejamento das atividades a serem executadas no intuito de dirimir ou, ao menos, amenizar os problemas encontrados; priorizando os considerados mais urgentes/graves e seguindo para os demais; promovendo, então, melhor qualidade de vida ao indivíduo.

Outro ganho que se obtém é poder priorizar grupos ou faixas etárias a serem trabalhadas inicialmente, a fim de se controlar os problemas maiores identificados naquele grupo ou faixa etária, dificultando a sua expansão, até conseguir saná-los.

Enfim, a utilização da epidemiologia serve de base para a elaboração de modelos de ação em saúde mais eficientes, eficazes, efetivos e equitativos.

#### 4.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Entre os problemas a serem enfrentados no desenvolvimento da atividade de levantamento epidemiológico, podemos salientar:

- A escolha do índice a ser empregado no levantamento epidemiológico.
- A execução de um levantamento epidemiológico demanda tempo fora de consultório e tanto a gestão, seja a nível de secretaria ou municipal, quanto a população tendem a não compreender a importância de tal atividade, devido a suspensão das atividades intra-consultório em determinado período ou turnos .
- Os resultados a serem obtidos com a atividade só poderão ser observados a médio e longo prazo, não suprimindo aos anseios imediatistas da comunidade e da gestão.
- A dificuldade da aquisição e disponibilidade dos recursos materiais e humanos para a execução da atividade.
- Programar o período a ser realizado novo levantamento epidemiológico para avaliação do impacto das ações sobre a comunidade.

#### 4.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Diante do levantamento das possíveis barreiras a serem enfrentadas, cabe o estabelecimento de métodos capazes de tornarem viável a execução do projeto. Assim prosseguimos visualizando meios, buscando caminhos, estabelecendo metas, traçando projetos e estipulando resultados.

Quadro 01: Desenho das Operações.

| <b>PROBLEMÁTICA</b>  | <b>O QUE FAZER</b>  | <b>O QUE SE ESPERA</b>  |
|--|---|---|
| <b>Escolha do índice a ser empregado no levantamento epidemiológico</b>                          | Fazer a escolha do ceo-d / CPO-D <sup>1</sup> como índice a ser empregado para levantamento da prevalência de cárie e o CPI <sup>2</sup> .  | Mensurar através do índice ceo-d / CPO-D a prevalência de cárie e com isto conhecer o nível de saúde bucal da população objeto. Estimar a condição periodontal através do índice CPI.   |
| <b>Tempo fora do consultório para a execução do levantamento epidemiológico</b>                  | Sensibilizar tanto a gestão, seja a nível de secretaria ou a nível municipal, quanto a comunidade no tocante a importância da realização de ação de levantamento epidemiológico e o que tal ação poderá trazer de melhora a comunidade abordada; podendo ser feito, inclusive, palestras a respeito e citando exemplos de sucesso.  | O entendimento da gestão sobre a importância da atividade e a participação dela provendo o suporte para a execução. O entendimento da população sobre a importância da atividade e a sua cooperação no transcorrer do levantamento.   |
| <b>Observação dos resultados a médio e longo prazo</b>   | Divulgações periódicas dos resultados obtidos, após as avaliações das ações, no intuito de evidenciar os resultados positivos paulatinos; tornando-os públicos e participativos.  | Que tanto comunidade quanto gestão possam saciar a necessidade da apresentação de resultados e, ao mesmo tempo, evidenciar que o trabalho e planejamento executado estão surtindo efeitos.  |
| <b>Aquisição e disponibilidade dos recursos materiais e humanos para a execução da atividade</b> | Fazer a aquisição e confecção de insumos necessários para a realização do levantamento epidemiológico (material para exame clínico, EPI para a equipe, fichas/ prontuários para levantamento epidemiológico, material, etc). Disponibilização de profissionais dentistas de outras equipes por um determinado período e/ou turnos para a calibração, treinamento e participação na atividade. | Ter o material necessário para a boa execução da atividade, sendo este provido pela gestão. Agilizar a atividade, reduzindo o tempo de execução e promovendo mais rápido a sua aplicabilidade. Além disso, ocorrerá uma preparação dos profissionais para a execução de tal atividade, que poderá ser levada para outras localidades do município; caso se identifique a necessidade. |
| <b>Continuidade das ações</b>  | Avaliações periódicas das ações e execução de um novo levantamento epidemiológico, após um período pré-determinado, para avaliar o impacto das ações.   | Mensurar os resultados obtidos; Identificar as ações a serem mantidas; Identificar as ações a serem suspensas; Ver se há necessidade de criação de novas ações, para a adequação à nova situação; Conhecimento situacional contínuo da população abordada; Maior e contínua participação da gestão e população.   |

Fonte: o Autor.

<sup>1</sup>O Índice de ataque de Cárie originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, conhecido pelas iniciais **ceo / CPO** permanece sendo o mais utilizado em todo mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal (Vitor Gomes Pinto, Saúde Bucal Coletiva, 4ª Edição, Livraria e Editora Santos, 2000).

<sup>2</sup> O Índice Periodontal Comunitário (CPI) é o índice mais empregado em pesquisas de campo e é o, atualmente, proposto pela Organização Mundial de Saúde (\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal (projeto técnico) Brasília, DF, 2009. 27p.)

#### 4.7 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

Como foi visto as ações são passíveis de serem realizadas com sucesso, desde que haja a cooperação da população a ser abordada e o respaldo dos órgãos de gestão municipal. Desde já, fica claro que, também, há a necessidade da participação de outros profissionais dentistas para a execução mais rápida das atividades, suprimindo, assim, os possíveis transtornos de um período maior sem o atendimento ambulatorial. Observa-se, também, a necessidade de apoio financeiro e político por parte da secretaria municipal de saúde e prefeitura municipal para que a atividade transcorra de forma retilínea.

#### 4.8 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Dentro de tudo que já foi discutido torna-se imperativo que faça um traçado que guie as ações desejadas, os resultados almejados e o que se pode fazer de concreto para alcançá-los.



Quadro 01: Plano Operativo

| <b>OPERAÇÕES</b>   | <b>RESULTADOS</b>   | <b>PRODUTOS</b>  | <b>PRAZO</b>  |
|--|---|--|---|
| <b>Escolha do índice a ser empregado no levantamento epidemiológico</b>                          | Mensurar através dos índices o número de dentes cariados, perdidos e “obturados” (restaurados) e com isto conhecer o nível de saúde bucal da população objeto.  | O conhecimento da ocorrência e distribuição das doenças bucais da população abordada.  | Imediato  |
| <b>Tempo fora do consultório para a execução do levantamento epidemiológico</b>                  | O entendimento da gestão sobre a importância da atividade e a participação dela provendo o suporte para a execução.<br>O entendimento da população sobre a importância da atividade e a sua cooperação no transcorrer do levantamento.  | Cooperação e apoio da população e gestão municipal: secretaria municipal de saúde de Paracuru e prefeitura municipal de Paracuru.  | Três meses após argumentação com a gestão e palestras informativas junto a comunidade.  |
| <b>Observação dos resultados a médio e longo prazo</b>   | Que tanto comunidade quanto gestão possam saciar a necessidade da apresentação de resultados e, ao mesmo tempo, evidenciar que o trabalho e planejamento executado estão surtindo efeitos.  | Identificação e quantificação da melhoria do quadro de saúde bucal, mostrando tendências e resultados de melhora.  | Dois anos após o primeiro levantamento e repetindo-se em igual período para a primeira avaliação a médio prazo.<br><br>Quatro anos e repetindo-se por igual período para iniciar as avaliações de longo prazo; e mantendo este intervalo para as avaliações subsequentes. |
| <b>Aquisição e disponibilidade dos recursos materiais e humanos para a execução da atividade</b> | Ter o material necessário para a boa execução da atividade, sendo este provido pela gestão.<br><br>Agilizar a atividade, reduzindo o tempo de execução e promovendo mais rápido a sua aplicabilidade  | Material necessário disponível para o transcorrer da atividade em quantidade adequada e sem risco de falta durante todo o seu desenvolvimento.<br><br>Recursos humanos capacitados para o desenvolvimento e aplicabilidade da atividade; podendo ser utilizados inclusive no desenvolvimento desta atividade em outras localidades; além de fazer a manutenção da mesma. | Três meses, após argumentação com a gestão, e prolongando-se no decorrer de toda a atividade.   |
| <b>Continuidade das ações</b>  | Mensurar os resultados obtidos; Identificar as ações a serem mantidas; Identificar as ações a serem suspensas; Ver se há necessidade de criação de novas ações, para a adequação à nova situação; Conhecimento situacional contínuo da população abordada; Maior e contínua participação da gestão e população. | Conhecimento contínuo do quadro situacional de saúde bucal da área abordada.   | Contínuo  |

Fonte: O autor.

#### 4.9 GESTÃO DO PLANO

Para o acompanhamento contínuo das ações executadas se faz necessário a criação de um artifício, sendo aqui a opção pela criação de uma planilha que discrimina clara e didaticamente as execuções das ações, com seus respectivos responsáveis, o tempo deve acontecer, como está se dando cada ação, por que não está dando certo e estipula um prazo para correção do mesmo.

Quadro 03: Gestão do Plano Operativo.

| <b>PRODUTO</b>  | <b>RESPONSÁVEL</b>   | <b>PRAZO</b>   | <b>SITUAÇÃO ATUAL</b> | <b>JUSTIFICATIVA</b> | <b>NOVO PRAZO</b> |
|---|--|--|-----------------------|----------------------|-------------------|
| <b>O conhecimento da ocorrência e distribuição das doenças bucais da população abordada</b>   | Dentista   | Dois anos (após primeiro levantamento)   | —                     | —                    | —                 |
| <b>Cooperação e apoio da população e gestão municipal: secretaria municipal de saúde de Paracuru e prefeitura municipal de Paracuru.</b>  | ESF<br>Secretaria Municipal de Saúde<br>Prefeitura Municipal | Três meses   | —                     | —                    | —                 |
| <b>Identificação e quantificação da melhoria do quadro de saúde bucal, mostrando tendências e resultados de melhora.</b>  | Dentista   | Dois anos após o primeiro levantamento, para avaliação parcial.<br>Quatro anos e repetindo-se por igual período e continuamente. | —                     | —                    | —                 |
| <b>Material necessário disponível para o transcorrer da atividade em quantidade adequada e sem risco de falta durante todo o seu desenvolvimento.</b>   | Secretaria Municipal de Saúde<br>Prefeitura Municipal        | Três meses e contínuo  | —                     | —                    | —                 |
| <b>Recursos humanos capacitados para o desenvolvimento e aplicabilidade da atividade; podendo ser utilizados inclusive no desenvolvimento desta atividade em outras localidades; além de fazer a manutenção da mesma.</b> | Prefeitura Municipal   |  |                       |                      |                   |
| <b>Conhecimento contínuo do quadro situacional de saúde bucal da área abordada.</b>   | Dentista<br>Secretaria Municipal de Saúde                    | Contínuo   | —                     | —                    | —                 |

Fonte: O autor.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Curso de Especialização de Saúde na Família favoreceu o meu amadurecimento profissional na área de atuação da saúde pública, proporcionando-me uma gama maior e melhor de conhecimento sobre o assunto e a forma de atuação em saúde pública. Além disso, a implantação desse plano de ação influenciará em meu comportamento profissional à medida que eu for realizando essas atividades, pois vou adquirindo experiência e conhecimento no convívio e trabalho com as pacientes, seus parentes e com os outros profissionais, identificando as nuances situacionais da comunidade; pois se trata de um plano que tem o intuito de ser contínuo e a sua execução conta com intensas trocas de saberes entre todos que participam (sejam profissionais de saúde ou não).

Espero que, com o avançar do plano, as metas sejam alcançadas e que esses resultados despertem interesses por parte dos gestores e dos demais profissionais de saúde para expandir o plano a todas as unidades de saúde de Paracuru, de forma a trabalhar de forma mais eficaz e eficiente dentro do nosso município. Podendo despertar, até mesmo, o interesse dos municípios vizinhos e daí, em conjunto e resolvendo os problemas mais locais, alcançaremos os objetivos nacionais da melhora na saúde bucal da população.

Na comunidade em que minha ESF atua, almejo que possamos identificar os nossos principais problemas em saúde bucal e assim direcionarmos os esforços para solucioná-los e prevenir o reaparecimento destes e o surgimento de outros.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.C. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Município de Bayeux-PB**: Modelos de regressão logística para tomada de decisão. Dissertação de mestrado. João Pessoa: [s.n.], 2010. 131f. UFPB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal (projeto técnico). Brasília, DF, 2009. 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal (relatório final). Brasília, DF, 2011. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Coordenação

FERNANDES JÚNIOR, H. M. *et al.* Levantamento epidemiológico de cárie dentária no município de Morrinhos do Sul – RS e avaliação dos níveis de flúor nas fontes de água natural. **Revista Odonto Ciência**, Fac. Odonto/PUCRS, v.20, n.49, p. 222 – 230, Jul / Set. 2005.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia científica**. 2ª Edição, revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 192 p., 2001.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p. 1611-1613, jul. 2009.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29454.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

SILVA, Heliana Marinho Da. **A Política Pública de Saúde no Brasil**: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. 1996. 123 f. Dissertação (Mestre) - Mestrado em Administração Pública, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira De Administração Pública. Rio de Janeiro, 1996.

VIEIRA, A. H. M. *et al.* Epidemiologia das doenças bucais no estado do Ceará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.12, n.3, p. 88-95, 2010.



ANEXO B – TERMO DE LIVRE ESCLARECIMENTO SEGUINDO O MODELO APLICADO NO SB BRASIL 2010.



## Termo de Consentimento Livres e Esclarecido

### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais, Entidades Odontológicas e Universidades.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população brasileira de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para <coordenador local da pesquisa>, no endereço <endereço da instituição> ou pelo telefone <telefone da instituição>.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde no endereço <endereço do CEP-MS> ou pelo telefone <telefone do CEP-MS>.

### Consentimento Livre e Esclarecido – Para participante individual

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil 2010 e autorizo a realização do exame

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão dactiloscópica

### Consentimento Livre e Esclarecido – Para Pais ou Responsáveis

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil 2010 e autorizo a realização do exame em

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

\_\_\_\_\_  
Assinatura