

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

**a inserção de informações sobre saúde bucal na ficha A como fator contribuinte
para a abordagem sócio-odontológica na
Equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão”.**

IANE RESENDE OLIVEIRA

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2011

IANE RESENDE OLIVEIRA

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

a inserção de informações sobre saúde bucal na ficha A como fator contribuinte para a abordagem sócio-odontológica na Equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão”.

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Clemente Palmier

Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais

2011

IANE RESENDE OLIVEIRA

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

a inserção de informações sobre saúde bucal na ficha A como fator contribuinte para a abordagem sócio-odontológica na Equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão”.

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Clemente Palmier

BANCA EXAMINADORA:

Bruno Leonardo de Castro Sena

Aprovada em Belo Horizonte 29/12 /2011

Agradecimentos

À Deus, autor de tudo em minha vida.

A minha orientadora Dra. Andréa Clemente Palmier, pelos ensinamentos que ajudaram em meu crescimento pessoal e profissional.

“Desistir? Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério. É que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”

CORA CORALINA

RESUMO

Informações sobre as condições de saúde bucal são importantes para a organização dos serviços e principalmente promover mais equidade nos tratamentos odontológicos. O objetivo desse trabalho foi relatar a experiência da inserção de informações sobre saúde bucal na ficha A como fator contribuinte para a abordagem sócio-odontológica das famílias na Equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão” no município de Congonhas. Após análise da experiência, a equipe de saúde bucal planejou algumas ações para serem implantadas no serviço odontológico com o intuito de melhorá-lo. Observou-se que a ampliação do cadastro da ficha A, como proposto, pode representar uma boa ferramenta para a abordagem sócio-odontológica das famílias permitindo um serviço odontológico mais equânime.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Information on oral health conditions are important for the organization of services and especially to promote more equity in dental care. The objective of this study was to describe the experience of the inclusion of information about oral health in the form "A" as a contributing factor to the socio-dental approach for families in the Family Health Team "Alto Maranhão" in the city of Congonhas. After analysis of the experience, the oral health team planned some actions to be implemented in the dental service in order to improve it. It was observed that the expansion of the registration form A, as proposed, may represent a good tool for socio-dental approach of allowing families a dental service more equitable.

Keywords: Oral Health, Family Health Program, Socioeconomic Factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Gráfico 1: Distribuição da população da ESF Alto Maranhão por sexo e faixa etária	18
Quadro 1: Descrição das informações coletadas por meio da Ficha A	20

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CPO-d	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
MG	Minas Gerais
NOB	Norma Operacional Básica
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo geral	13
3.2. Objetivos específicos	13
4. METODOLOGIA	14
5. REVISÃO DE LITERATURA	15
6. RELATO DE EXPERIÊNCIA	18
7. DISCUSSÃO	23
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	
APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

Na década de 80, junto com a reforma sanitária começou a reformulação dos princípios da Odontologia através de encontros científicos, subsidiando os novos governos estaduais eleitos. Houve a primeira proposta de política nacional através do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD). Já nos anos 90 iniciou uma proposta nacional preventivista com uso de flúor e selantes oclusais. Com a Norma Operacional Básica (NOB) NOB 96 houve a municipalização da saúde objetivando o fortalecimento da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). A partir de 2000, através da portaria nº 1444, a política de saúde bucal foi incorporada aos princípios do PSF que são condizentes com as necessidades da população brasileira e da reorganização do próprio serviço (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Portanto, de acordo com BRASIL (2008, p. 10):

“Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.”

A reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como estratégia prioritária a Saúde da Família que é importante na precisão do diagnóstico situacional, conseguida através da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe. Portanto, tem como princípios gerais a universalidade, a integralidade, enfoque na família, população adscrita, participação comunitária e controle social. Para manter esses princípios há diversas necessidades de informação, sendo mais importante a informação acerca da população adscrita, como requisito básico para a adequada organização das ações (SALA *et al.*, 2004).

2. JUSTIFICATIVA

A falta de informação sobre os problemas de saúde bucal que acometem a população é um problema enfrentado na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) “Alto Maranhão”. Portanto sugere-se a inclusão de perguntas sobre saúde bucal na Ficha A para se ter uma abordagem sócio-odontológica das famílias sobre higiene bucal, acesso a itens de higiene bucal, condição da saúde bucal, acesso e uso de serviço de saúde bucal.

Este estudo pretende contribuir para a organização do serviço através do conhecimento da situação da saúde bucal e o risco odontológico da família por meio das informações obtidas no questionário incluído na ficha A. Os usuários, por sua vez, terão mais acesso aos serviços de saúde bucal diminuindo o número de urgências e aumentando o número de tratamentos completados. Pretende-se alcançar a universalidade e melhorar a equidade na oferta dos serviços.

3. OBJETIVOS

3.1.1. Objetivo geral

Conhecer melhor a saúde bucal da população residente na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão” a fim de melhorar os serviços prestados a essa comunidade.

3.1.2. Objetivos específicos

- Realizar uma revisão na literatura sobre saúde bucal, abordagem sócio-odontológica e ficha A.
- Descrever a experiência da inclusão das questões relacionadas à saúde bucal na ficha A utilizada pela equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão” no município de Congonhas.

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), LILACS, Pubmed/MEDLINE, IBECs e biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Também foram acessados os *sites* oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Foram considerados os seguintes itens:

- estudos científicos (teses, monografias, artigos, diretrizes, Linha Guia, Caderno de Atenção Básica, Manuais e Protocolos);
- idioma limitador (português, inglês);
- período - 1998 a 2011;
- descritores – Ficha A, Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Fatores Socioeconômicos, Determinantes Sociais;
- relevância dos artigos ao objetivo proposto e sua relação ao tema a ser estudado.

Foram realizadas reuniões com a equipe para descrição da experiência da Equipe de Saúde da Família “Alto Maranhão”, bem como análise da estratégia adotada de inserção de perguntas da odontologia na ficha A.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A família é o ponto de partida para o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e conseqüentemente de toda a Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2009a). O primeiro passo para se conhecer as famílias residentes na área adscrita da equipe de saúde da família é o cadastro feito pelo ACS. Esse é um momento importante para estabelecer vínculo entre a equipe e a família quando se inicia o acompanhamento das várias situações e problemas apresentados contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (ESP–MG, 2009). De acordo com Sala *et al.* (2004, p. 1557), “a família deve ser tomada como unidade de análise, pois é o objeto privilegiado de intervenção”.

Entre as muitas atribuições dos ACS estão:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados através do preenchimento das fichas A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);
- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (BRASIL, 2006).

Em 1998 foi implantado pelo DATASUS o SIAB que é um sistema de informação composto por oito fichas para padronizar a coleta de dados e gerenciá-los epidemiologicamente (BRASIL, 1998).

Através do cadastro é possível conhecer a existência de população indígena, quilombola ou assentada, as condições de vida das famílias, tais como a composição familiar, o número de pessoas por sexo e idade, grau de escolaridade, as condições da habitação, acesso ao saneamento básico, as doenças referidas, a situação de emprego. Também é relevante identificar os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência, igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc. Assim, ao realizar o cadastramento e distinguir os problemas de saúde, o ACS colabora para que os serviços possam oferecer uma atenção voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade. Devendo toda a equipe de saúde conhecer os dados desse cadastramento e as demandas ao serviço de saúde (BRASIL, 2009b).

Para realizar esse cadastro é utilizada a ficha A (Anexo 1), na qual as famílias são identificadas e todos os membros cadastrados. As informações da Ficha A são consolidadas no relatório A2 do SIAB que é preenchido pelo ACS e determina subsídios para a manutenção e para o planejamento das políticas de saúde locais e regionais.

Tibiriçá *et al.* (2009) concluíram que o cadastro das famílias do PSF (ficha A - SIAB), nos municípios mineiros de Coronel Pacheco, Goianá e Piau, era confiável, justificando o emprego dos dados como ferramenta eficaz para serem utilizados em pesquisas de campo nas áreas básicas e clínicas. Também alertaram para a importância do ACS para a qualidade das informações na Atenção Primária a Saúde, porque é esse profissional que coleta os dados das famílias e faz o registro das informações que alimentam o SIAB, que devem ser atualizados constantemente nos registros disponíveis na UBS. Porquanto, a desatualização desses dados interfere no planejamento e monitoramento das ações voltadas às necessidades de saúde dos usuários.

Segundo Carnut *et al.* (2011, p. 3084):

“Mesmo com esforços para inclusão de dados epidemiológicos bucais no SIAB (através da Ficha D – Saúde Bucal), o registro das informações em saúde bucal na atenção básica ainda se restringe àquelas de caráter administrativo-procedimental.

Portanto, há o desafio de se obter informações epidemiológicas em saúde bucal no nível local. Esta informação é um insumo essencial ao planejamento e programação das ações.”

Os resultados principais do SB Brasil 2003 mostraram que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-d) médio, no Brasil, na faixa etária de 15-19 anos era de 6,17, aos 35-44 anos este índice alcançou 20,13, chegando a 27,79 de 65 a 74 anos; além disso, o percentual de dentes perdidos nestas faixas etárias foi de respectivamente 12%, 66% e 93% (BRASIL, 2004). Portanto, os dados epidemiológicos nacionais mostram um quadro de doença bucal agravado principalmente na população adulta brasileira que em sua grande maioria não possui acesso ao tratamento e que, apesar de vários grupos de crianças e jovens apresentarem adequados índices de saúde bucal, os adultos foram constantemente excluídos do sistema que não atende ao princípio da universalidade, ou seja, o acesso do adulto é limitado.

Essa complexidade epidemiológica precisa ser trabalhada, tendo que existir efetividade no controle da incidência das doenças bucais. A solução da demanda não ocorrerá com o aumento de procedimentos curativos, portanto é necessário ir além do biológico e envolver os componentes socioculturais. Porque, segundo Unifer e Saliba (2000), a prevalência e a incidência das patologias bucais não são apenas decorrentes de interações biológicas na placa bacteriana dentária, mas são determinadas por condições sociais, econômicas, políticas e educacionais.

De acordo com Carnut *et al.* (2011) as desigualdades sociais refletem-se no processo de saúde-doença da população. Normalmente há iniquidade na oferta dos serviços de saúde, favorecendo o acesso àqueles que possuem melhor condição social. Portanto, é importante basear o processo de trabalho em saúde na equidade e assim é indispensável o uso de informações sobre as condições de vida da população. Estas informações permitem analisar as situações de saúde-doença e programar ações equânimes, dirigidas às pessoas mais necessitadas; logo “deve-se usar a informação para a ação”.

Deve-se trabalhar com a equipe interdisciplinar para haver uma mudança no processo de trabalho, objetivando a integralidade e conseqüentemente acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade e responsabilização na prática diária da atenção (SANTOS; ASSIS, 2006).

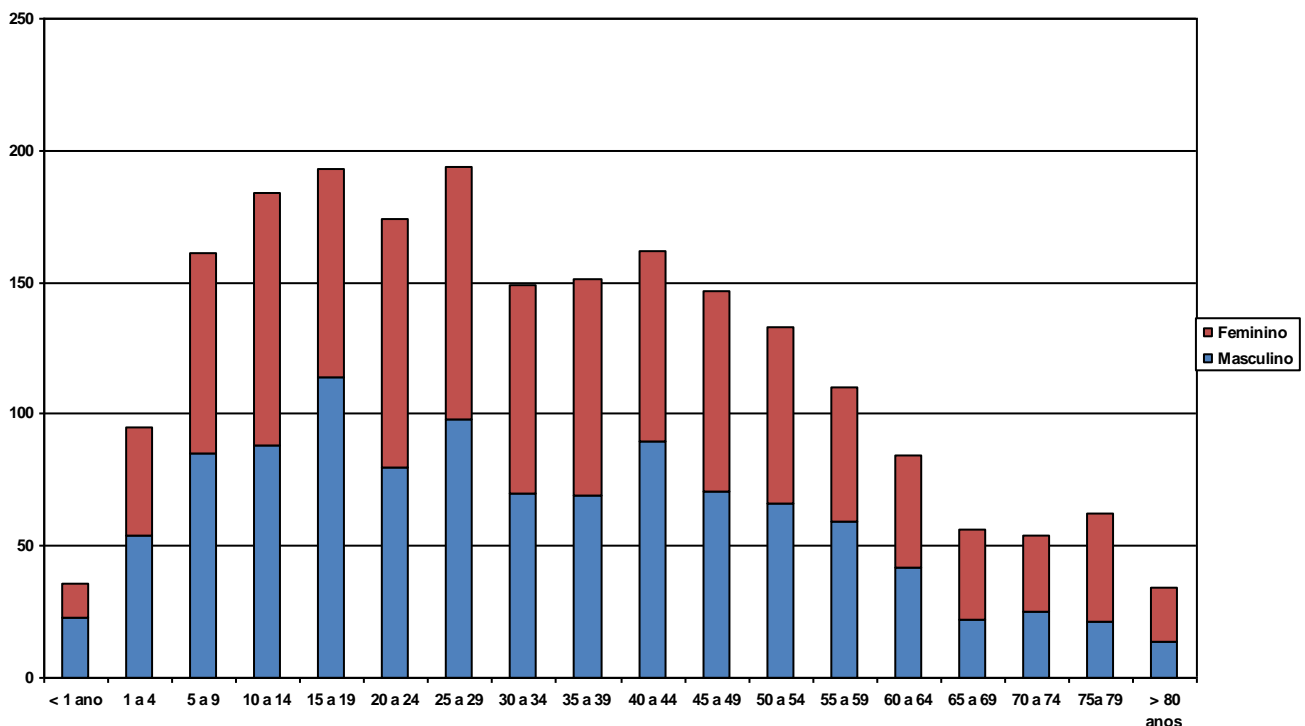
6. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Esse estudo tem caráter descritivo e abrange a análise de uma das estratégias adotadas para o conhecimento da situação da saúde bucal e o risco odontológico das famílias através das informações obtidas no questionário incluído na ficha A. Preocupando-se em garantir acesso universal, sem priorização de faixa etária, em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal e com o entendimento sobre saúde-doença, qualidade de vida e atenção odontológica.

Ele foi realizado na cidade de Congonhas – Minas Gerais (MG) na ESF “Alto Maranhão” que abrange o distrito Alto Maranhão localizado na zona rural do município distante a 12 quilômetros do centro da cidade. A comunidade conta com 2.189 moradores distribuídos em três microáreas. A ESF também abrange mais três microáreas constituídas de outras duas comunidades rurais, Pequeri onde há uma microárea com 326 moradores e Santa Quitéria com 461 moradores divididos em duas microáreas. Como o território é constituído por uma extensa área rural há subunidades em cada distrito, mas os três são distantes entre si.

A distribuição da população da ESF por sexo e por faixa etária está apresentada no gráfico 1 onde pode ser observado um predomínio do sexo feminino e de adultos.

Gráfico 1: Distribuição da população da ESF Alto Maranhão por sexo e faixa etária no ano de 2011.



A ESF é composta pelos seguintes profissionais: médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiã-dentista, técnica de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e recepcionista. Os ACS são provenientes da comunidade local para promoverem melhor a interação entre a atenção prestada pelos profissionais e os usuários que residem na área adstrita da Unidade Básica de Saúde.

A experiência foi elaborada em três fases.

FASE I – Cirurgiões-dentistas do PSF de Congonhas

Sentindo-se a necessidade de saber mais informações sobre a condição de saúde bucal das famílias do município, foram elaboradas algumas perguntas e foi sugerida a introdução das mesmas na ficha A em um projeto piloto utilizando somente uma ACS para realizá-lo em sua microárea e após análise, expandi-lo para todo município.

FASE II – Interna à Equipe de Saúde Bucal (ESB) do “Alto Maranhão”

A primeira tarefa da equipe foi elaborar um plano de trabalho a partir de várias discussões. Assim, estabeleceram-se:

- Ajustes de melhoria no novo questionário. A estrutura do questionário foi feita com embasamento em pesquisa na literatura e adaptada aos objetivos pretendidos, como mostra o apêndice 1.
- Oficinas de alinhamento do processo de trabalho principalmente das ACS da equipe, por serem profissionais imprescindíveis na abordagem das famílias, para calibração da coleta dos dados utilizando-se a entrevista semi-estruturada e registro nesse formulário criado.
- Escolha da microárea e da ACS para realização do projeto piloto em primeiro momento.

FASE III – Implementação

A ACS responsável pela microárea 1 coletou os dados por meio de entrevista semiestruturada e observação sistemática da prática das 155 famílias que

constituem sua área adscrita, formando deste modo um cadastro ampliado anexado à ficha A.

Neste cadastro, como exemplificado no apêndice 1, as informações coletadas foram sobre acesso a itens de higiene bucal, higiene bucal, condição de saúde bucal e acesso e uso de serviço de saúde bucal.

Quadro 1: Descrição das informações coletadas por meio da Ficha A.

Informações coletadas	Descrição	Motivo
Acesso a itens de higiene bucal	Posse de escova de dente individual, dentifrício e fio dental	A prefeitura de Congonhas fornece escova de dentes e dentifrício para as famílias de alto risco social e escolares. Verificar quem não possui esses itens.
Higiene bucal	Frequência de escovação dentária, local de armazenamento das escovas, utilização de dentifrício e fio dental	Conhecer os hábitos de higiene bucal para melhorar a abordagem sobre o tema em grupos operativos.
Condição de saúde bucal	Presença de lesão ou alteração na região de cabeça e pescoço	Anualmente é realizada uma campanha de prevenção de câncer bucal. Pretende-se verificar o auto-relato da presença de alterações para que seja feito encaminhamento, quando necessário
Acesso e uso de serviço de saúde bucal	O local de atendimento odontológico em caso de necessidade	Verificar se é usuário do serviço odontológico oferecido pelo PSF.
	Crianças menores de 05	Conferir se há crianças

	anos realizando acompanhamento com odontopediatra na Clínica da Criança	menores de 05 anos sem realizar o acompanhamento com odontopediatra oferecido pela Clínica da Criança, portanto que necessitem de maior atenção.
	Relato de dor de dentes nos últimos seis meses	Observar necessidade de tratamento odontológico.
	Necessidade autorreferida de tratamento odontológico atual	Observar necessidade de autorreferida de tratamento odontológico.
	Tempo desde a última visita ao dentista	Coletar as informações de toda a família sobre necessidade de tratamento odontológico, para isso preenchendo o nome de cada membro da família e o tempo da última visita ao dentista.

FASE IV – Monitoramento e avaliação.

Com o cadastro ampliado das 155 famílias da microárea 1, a equipe de saúde bucal junto com a ACS analisaram os dados dando uma atenção especial às famílias de alto e médio risco social, que são respectivamente uma e trinta e duas famílias, e às que responderam positivamente as questões 3 e 4 sobre “acesso e uso de serviço de saúde bucal”.

Realizou-se reunião com a ESF “Alto Maranhão” na qual foram expostas a análise e as considerações sobre as famílias. Deste modo, a equipe de saúde bucal planejou algumas ações para serem implantadas no serviço odontológico:

- Fornecer escova de dente e dentifrício para as famílias que relataram não possuir escovas individualmente e o dentifrício sempre.
- Estimular o uso do fio dental e exaltar sua importância para população, apesar da prefeitura de Congonhas não fornecê-lo para distribuição gratuita.
- Reforçar nos grupos operativos a importância da higiene bucal.
- Continuar com a campanha realizada anualmente de prevenção de câncer bucal, porque a equipe julgou sua importância em não ter havido nenhuma resposta positiva na pergunta sobre condição de saúde bucal.
- Conscientizar os responsáveis das crianças até 05 anos de idade sobre a importância do acompanhamento com odontopediatra na Clínica da Criança.
- Realizar o tratamento das crianças até 05 anos de idade que o tiverem perdido na Clínica da Criança e posteriormente encaminhar para continuarem o acompanhamento na Clínica.
- Informar as famílias sobre o serviço de atendimento de urgências e emergências odontológicas para as pessoas que relataram ter sentido dor de dentes nos últimos seis meses.
- Chamar os usuários que julgam precisar de tratamento dentário atualmente e os que relataram terem três anos ou mais desde a última consulta odontológica para realizarem a classificação de risco odontológico utilizada para o acesso ao tratamento.

7. DISCUSSÃO

Segundo Palmier *et al.* (2008), o cadastro da equipe do PSF contém algumas informações relevantes sobre a condição de vida dos usuários, através da ficha A, que as coleta em domicílio pelo ACS.

Deste modo, o cadastro ampliado utilizado na experiência da ESF “Alto Maranhão” refere-se às informações sobre a condição de vida dos usuários que são também importantes visando à saúde bucal das famílias. Ainda conforme Palmier *et al.* (2008), com a abordagem subjetiva é possível organizar o acesso por prioridades e necessidades, refletindo na oferta de uma atenção que contemple tanto o desejo dos usuários quanto as necessidades normativas determinadas pelos profissionais e é através da coleta de dados que há o direcionamento das ações.

Como Tibiriçá *et al.* (2009) relataram que a Ficha A é um instrumento confiável, por isso sugeriu-se acrescentar nela perguntas relativas a odontologia para orientar o planejamento das ações.

“A coleta de dados pessoais e familiares que possam ser utilizados como indicadores de situação de vida permite que o cadastro seja capaz de identificar subáreas de população exposta a piores condições de vida. Permite, desse modo, identificar os locais onde a iniquidade sócio-cultural e econômica deve expor mais intensamente os indivíduos a agravos à saúde, passo fundamental para um planejamento de ações em saúde, seja na unidade de saúde, seja na comunidade, que possa dar respostas apropriadas para esta diversidade de situações de vida e saúde” (SALA *et al.*, 2004, p. 1562).

Segundo Palmier *et al.* (2008, p. 42), a abordagem sócio-odontológica “pode medir a percepção de saúde ou o impacto das condições de saúde na qualidade de vida das pessoas.” Os fatores culturais e socioeconômicos existentes como risco na doença cárie e no edentulismo são inversamente proporcional ao aumento da qualidade de vida (MINAS GERAIS, 2006).

Vários autores, tais como Cohen-Carneiro *et al.* (2011) e Gomes e Da Ros (2008) comprovam a associação entre os determinantes sociais e os impactos negativos da saúde bucal na qualidade de vida.

De acordo com Carnut *et al.* (2011), as crianças de famílias com melhores condições sociais (baixo risco) tem mais acesso aos serviços odontológicos do que as de alto risco, o mesmo foi observado na ESF “Alto Maranhão”; portanto o acesso

a esses serviços são iníquos devido à persistência causada pelas desigualdades sociais. Além disso, Carnut *et al.* (2011) também evidenciaram que entre os indivíduos das famílias de alto risco há praticamente o dobro do percentual de indivíduos que não possuem acesso ao dentista comparando com aqueles pertencentes às famílias de baixo risco.

Segundo Barbato *et al.* (2007), as condições socioeconômicas, como renda e educação, influenciam a forma e a utilização dos serviços odontológicos. Correlacionando em seu estudo a perda dentária com as condições demográficas, socioeconômicas e com a utilização de serviços odontológicos concluíram que as perdas dentárias foram estatisticamente maiores para os moradores da zona rural, os que apresentaram renda de até meio salário mínimo, os que tinham escolaridade de até quatro anos, aqueles que visitaram o dentista há mais de três e que relataram ter utilizado o serviço odontológico da rede pública. Baseado em Barbato *et al.* (2007), a equipe de saúde bucal do “Alto Maranhão” planejou, como uma das ações a serem implantadas após a experiência, chamar os usuários que relataram terem três anos ou mais desde a última consulta odontológica para realizarem a classificação de risco odontológico utilizada para o acesso ao tratamento.

Carnut *et al.* (2011) afirmaram que o serviço atinge a todos os usuários de forma igualitária ao não programar a demanda de forma equânime, mas como a doença é maior nas famílias de alto risco, produz desta forma desigualdades na assistência a saúde.

8. Considerações finais

A saúde bucal está cada vez mais integrada nos serviços de saúde em geral, a partir da reorganização da atenção básica do SUS através do PSF que aproxima a realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe. Para tanto, há diversas necessidades de informação, sendo a mais importante sobre a população adscrita para adequada organização das ações.

- O cadastro feito pelo ACS das famílias residentes na área adscrita da ESF é um momento importante para estabelecer vínculo entre a equipe e a família quando se inicia o acompanhamento das várias situações e problemas apresentados contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.
- As informações coletadas em saúde bucal na atenção básica ainda são restritas as de caráter administrativo-procedimental, sendo importante obter informações epidemiológicas em saúde bucal no nível local para melhorar o planejamento e a programação das ações.
- A solução da demanda da população adulta não ocorrerá com o aumento de procedimentos curativos, portanto é necessário ir além do biológico e envolver os componentes socioculturais.
- As informações sobre as condições de vida da população permitem analisar as situações de saúde-doença e programar ações equânimes, assim usa-se a informação para a ação.
- O cadastro ampliado anexado à ficha A é composto por entrevista semiestruturada e observação sistemática da prática das famílias. Ele refere-se às informações sobre a condição de vida dos usuários que são importantes visando à saúde bucal.
- A equipe de saúde bucal planejou algumas ações para serem implantadas no serviço odontológico, por meio da análise do cadastro e das considerações sobre as famílias.
- Com a abordagem subjetiva é possível organizar o acesso por prioridades e necessidades, refletindo na oferta de uma atenção que contemple tanto o desejo dos usuários quanto as necessidades normativas determinadas pelos profissionais e é através da coleta de dados que há o direcionamento das ações.

- Os dados familiares coletados, utilizados como indicadores de situação de vida, fazem com que o cadastro ampliado seja capaz de mostrar subáreas da população que estão expostas a piores condições de vida, nas quais os fatores culturais e socioeconômicos expõem as famílias mais intensamente a agravos à saúde. O que tem extrema relevância para o planejamento de ações em saúde para alcançar respostas adequadas para esta diversidade de situações de vida e saúde.
- O acesso aos serviços odontológicos são iníquos devido à persistência causada pelas desigualdades sociais, porque o serviço não programado de forma equânime atinge a todos de forma igualitária, mas como a doença é maior nas famílias de alto risco produz assim desigualdades na assistência.

A partir da revisão de literatura, da experiência relatada e analisada observou-se que a introdução das informações referentes à saúde bucal na ficha A como proposto, ampliando esse cadastro, pode representar uma boa ferramenta para a abordagem sócio-odontológica das famílias permitindo um serviço odontológico mais equânime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBATO, P. R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002 – 2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, Agosto 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 648/ GM de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica n.17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 258p. (a)
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 83p. (b)
8. CARNUT, L. *et al.* Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 16, n. 7, jul. 2011, p. 3083-3091.
9. COHEN-CARNEIRO, F. *et al.* Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1), 2011, p. 1007 – 1015.

10. ELY, H. C.; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. Políticas de saúde bucal. Brasília/Porto Alegre: 2006. **Mimeo**. 5p. Disponível na Biblioteca Virtual.
11. GOMES, D., DA ROS, M. A. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, Rio de Janeiro, Maio – Junho 2008; p 1081-1090.
12. ESP-MG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: **Redes de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
13. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG. 2006. 290p.
14. PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p.
15. SALA, A. *et al.* **Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, novembro – dezembro, 2004, p. 1556 – 1564.
16. SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, janeiro – março 2006, p. 53–61.
17. TIBIRIÇÁ, S. H. C. *et al.* O potencial do cadastro das famílias no sistema de informação da atenção básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. **Revista APS**, v.12, n.2, abril – junho 2009, p. 161 – 167.
18. UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista Saúde Pública** v. 34, n.2, São Paulo Abril 2000, p. 190 – 195.

ANEXO 1: Modelo de FICHA A

Ficha A				SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE				UF:	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA									
UBS:									
NÚMERO DO PRONTUÁRIO			ESF RESPONSÁVEL			DATA			
ENDEREÇO			Nº		COMPL.		BAIRRO		
TELEFONE			TELEFONE CONTATO			CEP			
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA	
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA () ZONA RURAL ()					PROCEDÊNCIA				
SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO									
TIPO DE CASA					ABASTECIMENTO DE ÁGUA				
TIJOLO/ADOBE					REDE PÚBLICA				
TAIPA REVESTIDA					POÇO OU NASCENTE				
TAIPA NÃO-REVESTIDA					CLORAÇÃO				
MADEIRA					OUTROS (ESPECIFICAR)				
MATERIAL APROVEITADO					TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO				
OUTRO (ESPECIFICAR)					FILTRAÇÃO				
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS					FERVURA				
ENERGIA ELÉTRICA					SEM TRATAMENTO				
DESTINO DO LIXO					DESTINO DE FEZES E DE URINA				
COLETADO					SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)				
QUEIMADO / ENTERRADO					FOSSA				
CÉU ABERTO					CÉU ABERTO				
OUTRAS INFORMAÇÕES									
ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?					NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE				
NOME DO PLANO DE SAÚDE:									
EM CASO DE DOENÇA PROCURA					PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS				
HOSPITAL					COOPERATIVA				
UNIDADE DE SAÚDE					GRUPO RELIGIOSO				
BENZEDEIRA					ASSOCIAÇÕES				
FARMÁCIA					OUTROS (ESPECIFICAR)				
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA					MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA				
RÁDIO					ÔNIBUS				
TELEVISÃO					CAMINHÃO				
TELEFONE					CARRO				
OUTROS (ESPECIFICAR)					CARROÇA				
					OUTROS (ESPECIFICAR)				
ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES					TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE DENTES?				
SIM		NÃO			SIM		NÃO		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA									
SEM RISCO		BAIXO RISCO		MÉDIO RISCO		ALTO RISCO			
SCORE 0 ()		SCORE 1 ()		SCORE 2 () 3 ()		SCORE 4 () 5 () 6 ()			
OBSERVAÇÕES:									

CADASTRO DA FAMÍLIA												
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS												
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		TRABALHO ATUAL		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)	
					SIM	NÃO	SIM	NÃO				
1	CHEFE DA FAMÍLIA:											
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS												
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA À ESCOLA		TRABALHO		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)	
					SIM	NÃO	SIM	NÃO				
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DAS DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS
ALC – alcoolismo | **EPI** – epilepsia | **HAN** – hanseníase | **CHA** – chagas | **GES** – gestação | **HÁ** – hipertensão arterial | **DIA** – diabetes | **TB** – tuberculose
 Para outras condições/patologias utilizar o formulário “Ficha de acompanhamento familiar”.

