

GLAYSON DA SILVA BARBOSA
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO INSTRUMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO E VIABILIZAÇÃO DA EQUIDADE NO ACESSO AOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MG

2010

GLAYSON DA SILVA BARBOSA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO INSTRUMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO E VIABILIZAÇÃO DA EQUIDADE NO ACESSO AOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

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.

Orientador: Marco Túlio Freitas
Ribeiro

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MG

2010

GLAYSON DA SILVA BARBOSA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO INSTRUMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO E VIABILIZAÇÃO DA EQUIDADE NO ACESSO AOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

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.

Orientador: Marco Túlio Freitas
Ribeiro

Banca examinadora

Prof. _____ UFMG

Prof. _____ UFMG

Prof. _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Dedicatória

Às comunidades dos bairros Pires e Jardim Profeta do município de Congonhas Minas Gerais, que me acolheram, me ensinaram a ser mais solidário, entender como deve ser o SUS e ser mais profissional.

Às equipes UAPS/Pires e UAPS/Jardim Profeta que muito contribuíram para realização desse trabalho.

À querida esposa Daniela e a minha princesa Lícia que são a razão de minha vida e de minha dedicação.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à DEUS que com misericórdia e bondade me concedeu a graça da salvação. Por seu amor e poder me proporcionando força e inteligência para dedicar-me ao serviço ao próximo, sendo tudo para Sua honra e Sua glória.

Agradeço à Dani que com paciência me apoiou na realização desse trabalho. Aos amigos Dra Nisieli Caixeta e Dr. Wesley Rodrigues, que também juntamente comigo e Dani somam esforços para melhorar atenção odontológica no município de Congonhas, Minas Gerais.

“Muitos propósitos há no coração do homem, mas o desígnio do Senhor Deus permanecerá”.

Provérbios 19:21

RESUMO

Tendo em vista a grande demanda reprimida para os serviços de odontologia na atenção primária, este trabalho relata uma proposta de intervenção para saúde bucal da unidade de atenção primária da saúde no bairro Pires em Congonhas, Minas Gerais. A proposta em questão tem como foco a utilização de critérios de classificação de risco como estratégia para organização da demanda programada. Neste estudo foram discutidas todas as variações da Classificação de risco, específicas ou não à odontologia. A discussão desses critérios se estruturou sobre a revisão de literatura e de dados coletados na unidade de atenção primária em saúde do Pires, município de Congonhas Minas Gerais. Verificou-se que tais princípios não se dispõem isoladamente, mas estão entrelaçados onde a deficiência de um inevitavelmente compromete a manutenção do outro, comprometendo em última análise todo processo de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro. A classificação de risco quer seja social, ambiental, patológica ou em especial a classificação de risco odontológica, se enquadra como um bom instrumento a ser utilizado para organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal integradas à saúde de família. Frente ao problema da demanda reprimida e ao entrave do modelo assistencial odontológico a ser superado, tais critérios de classificação de risco se mostram como uma proposta de intervenção eficaz para o alcance de um Sistema Único de Saúde universal, equânime e integral.

Palavras chave: Acesso, Classificação de Risco, Equidade, Odontologia.

ABSTRACT

Considering the great suppressed demand for dental services for primary school students, this study sets forth a proposition for oral health intervention of the primary school unit in the district of Pires in the city of Congonhas, Minas Gerais. The proposition at hand has as its focus the use of criteria to classify risks as a strategy for organizing programmed demand. In this study all the variations of risk classification were discussed, whether specifically related to dentistry or not. The discussion of the criteria was based on the principles of the national health care system (SUS), such as universality, integration, and especially the equality of access to programmed demand for dental services in the family health strategy. It was verified that such principles do not function in isolation, but are interrelated in such a way that the deficiency in one area inevitably conflicts with maintaining the other, ultimately undermining the whole construction process of the national health care system (SUS). Classifying risks (as social, environmental, pathological, or particularly dental health risks) qualifies as good instrument to be used for organizing the work process for oral health teams integrated with family health. In view of the problem of suppressed demand and the hindrance from the dental assistance model to be overcome, such risk classification criteria appear as an effective proposition for intervention in order to achieve a national health care system which is universal, fair, and complete.

Key words: Access, Risk Classification, Fairness, Dentistry.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

QUADRO/FIGURA	TÍTULO	PAGINA
Quadro 1	Critérios para a codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal	26
Tabela 1	Dados do estado de Minas Gerais comparados aos da região sudeste e metas OMS/FDI	20
Tabela 2	Consolidado da produção mensal de odontologia UAPS/ Pires de junho de 2009 a março de 2010	28
Tabela 3	Avaliação de 1º consulta por faixa etária no período de junho de 2009 a março de 2010	29
Tabela 4	Avaliação da demanda espontânea por faixa etária, de junho de 2009 a março de 2010	30
Fig. 1	Cobertura de área separada por micro área	39
Fig. 2	Cobertura de área separada por micro área, por famílias, por faixa etária	39
Fig. 3	Mapa de produção	39

LISTA DE SIGLAS

ASB- Auxiliar em Saúde Bucal

CD- Cirurgião Dentista

CDAO- Consolidado Diário de Atendimento Odontológico

CEO- Centro de Especialidades Odontológica

ESB – equipe de saúde bucal

PACS – programa de agentes comunitários de saúde

PDAPS – plano diretor da atenção primária à saúde

SUS – sistema único de saúde

TSB- Técnico em Saúde Bucal

UAPS- Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1.Introdução	11
2.Objetivo	13
2.1Objetivo geral	13
2.2 Objetivo específico	13
3.Justificativa	14
4.Metodologia	15
5.Revisão Literatura	19
5.1 Critérios de risco	23
6. Discussão	27
7.Dados do Serviço Odontológico	28
8.Conclusão	32
9. Proposta de Intervenção	33
10.Referências Bibliográficas	36
Apêndices	39

1 INTRODUÇÃO

A saúde da família é a estratégia que o ministério da saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica. Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes, incorporando a atuação dos agentes numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas (COSTA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, uma unidade de saúde da família (USF) hoje denominada de unidade de atenção primária à saúde (UAPS) se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção.

Sob esta ótica do cuidado multiprofissional que o governo federal através do ministério da saúde por meio da Portaria N.º1.444, de 28 de dezembro de 2.000 incentivou a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF).

Os serviços de odontologia pública em nosso país historicamente se caracterizaram por uma assistência excludente, ou seja, voltada para um grupo específico de usuários com ênfase nos escolares, sendo que à população adulta somente era lhe oferecido atendimento de urgência, ficando a integralidade e a universalidade pregada pelo SUS desprezadas (RONCALLI, 2000).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) veio com o intuito de melhorar a atenção à população de maneira que o acesso fosse prioridade. Seguindo a mesma linha, a inserção da odontologia teve o mesmo princípio.

Devido ao modelo assistencial adotado pelos serviços de odontologia e a demora de sua inserção na ESF houve um acúmulo na demanda para os usuários, principalmente a população adulta, sobrecarregando todos os serviços de odontologia dos municípios.

Para prestação de uma melhor assistência e evitar sobrecarga dos serviços faz-se necessário a adoção de instrumentos que auxiliem na organização do processo de trabalho.

Instrumentos que facilitem o acesso destes usuários ao tratamento odontológico de forma equânime sem deixar de lado a universalidade e a integralidade.

Os instrumentos podem ser os protocolos clínicos como também critérios de classificação de risco para organização dessa demanda.

Para elaboração desse trabalho de conclusão de curso (TCC), tem se como proposta de intervenção a discussão de critérios de classificação de risco como meios de organização do processo de trabalho da equipe saúde bucal (ESF) e melhoramento da equidade no acesso aos serviços odontológicos na UAPS/ Pires do município de Congonhas.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral:

Este trabalho tem como objetivo revisar os critérios de risco odontológico, a fim de propor uma organização para o processo de trabalho (Demanda programada) da equipe saúde bucal da UAPS/ Pires do município de Congonhas/MG.

2.2 Objetivo específico:

- * Fazer uma proposta de organização do trabalho a partir dos critérios de classificação de risco odontológico, observando os princípios do SUS.

- * Elaborar um plano de intervenção para demanda programada

3 JUSTIFICATIVA

A saúde bucal no município de Congonhas mostra muito avanço nos últimos anos. Em 5 anos o município avançou de 2 para 10 equipes de saúde bucal inseridas na estratégia saúde da família, permanecendo somente o PACS sem os profissionais da odontologia, mas que tem sua população atendida pela clínica central que faz também atenção primária no que se refere à odontologia.

Apesar do grande número de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, percebemos que o serviço ainda mostra certa desorganização em seu processo de trabalho devido ao seu tempo de instalação entre outros motivos. Um outro aspecto que contribui para a desorganização do processo de trabalho é a formação acadêmica com profissionais ainda voltados na assistência focada no indivíduo sem correlacioná-lo ao seu ambiente e sua família. Observa-se ainda a persistência de um modelo de atenção excludente, voltado para faixa etária de escolares (Modelo Incremental), destinando aos demais usuários somente atendimentos de urgências paliativos e procedimentos em sua maioria mutiladores. Modelo que leva conseqüentemente a um aumento do número de urgências por parte dessa população excluída e uma redução nas ações coletivas de maior abrangência diminuindo a resolubilidade da ESB. Como conseqüência da falta de organização do serviço, observa-se um aumento da insatisfação por parte da população excluída pelo baixo número de oferta de vagas para tratamentos curativos reabilitadores.

Com essa realidade faz-se necessário uma proposta de intervenção onde se consiga mudar esse modelo, onde a oferta dos serviços odontológicos à faixa etária do adulto seja maior, mas com critérios, já que população adulta acrescida da idosa somam atualmente 2025 pessoas cerca de 70% da população do bairro.

4 Metodologia

Este estudo trata-se de uma proposta de intervenção na ESF Pires, no Município de Congonhas, Minas Gerais, elaborada a partir de uma revisão de literatura, dos critérios adotados para classificação de risco como instrumento da organização do processo de trabalho e dados do serviço de odontologia da UAPS/Pires. E ainda propor um plano de intervenção para demanda programada

4.1 Diagnóstico situacional

O município de Congonhas no seu distrito do Pires em especial, é o ponto de partida para elaboração desse trabalho e previamente cabe aqui uma sucinta revisão histórica desse município e do distrito do Pires em particular:

Por volta de 1700, alguns portugueses povoaram a região, muitos se fixaram, outros saíram em busca de novos depósitos auríferos. Desses grupamentos surgiam novos arraiais. E assim crescia a população, se organizava às margens do rio Maranhão, formada pelos mineradores pioneiros.

Há algumas controvérsias sobre a data da criação da Freguesia de Congonhas. Xavier da Veiga conta sua criação por alvará régio de 3 de abril de 1745. Entretanto Cônego Trindade menciona o ano de 1734 e segundo este historiador a Freguesia foi elevada a condição de colativa por alvará de 6 de novembro de 1745.

Tirando seu nome da vegetação que “cobre seu campo” diz o historiador, “a terra do “Bom Jesus” é representada por elevadas cifras de rendimento e contribuiu pela prosperidade de seus moradores primitivos para formar troncos ilustres de famílias do Brasil”. Deram-lhe nome que em Tupi quer dizer “o que sustenta ou que alimenta,” Congonhas do campo. Congonhas, o nome da cidade adveio desta planta abundante no arraial, com a qual se faz chá. O distrito criado por alvará em 6 de novembro de 1746 e confirmado pela lei número 2 de 14 setembro de 1891 liga Congonhas do Campo à comarca

de Ouro Preto. Em 7 de dezembro de 1938 cria-se então o município de Congonhas do Campo emancipado e em 1948 simplificado em Congonhas.

Sua localização está na área central do estado, estando à 76 km da capital Belo Horizonte. O acesso para a capital se dá pela BR040 em rumo sudoeste. Ao sul o Centro mais importante é Juiz de Fora que também é acessado pela BR040 numa distância de 190km. Congonhas faz limite ao norte com os municípios de Ouro Preto e Itabirito, à leste com os municípios de Ouro Branco e Ouro Preto e ao sul com Conselheiro Lafaiete e São Brás do Suaçuí e a oeste com Jeceaba e Belo Vale. O município de Congonhas é rico em seu patrimônio histórico com suas igrejas barrocas, obras de Aleijadinho e pinturas de mestre Ataíde, sendo por isso o município tombado pelo patrimônio Histórico nacional e considerado pela UNESCO como patrimônio cultural da humanidade.

Hoje o município tem uma população de 45000 a 55000 habitantes. Sendo que nem todos possuem abastecimento com água tratada ou redes de esgoto.

A principal atividade econômica do município é a exploração mineral, sendo o minério de ferro a principal matéria prima explorada. Em Congonhas encontra-se as principais empresas de exploração mineral como Vale, Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), Gerdau Aço Minas, J. Mendes e de empresas prestadoras de serviços.

Na área da saúde o município conta com um hospital (Bom Jesus), uma policlínica para atendimento das urgências e especialidades, 11 equipes de PSF e um PACS, sendo que o município possui cobertura de 100% da população pela atenção básica. Congonhas conta também com centros de referência para mulher (clínica M), para crianças (clínica da criança), um centro de Saúde mental e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para onde os PSF referenciam alguns de seus pacientes.

A comunidade do Pires se localiza na zona norte do município, sendo uma zona rural, situada à 11 km do centro do município, O Pires surgiu juntamente com o município por ser um dos locais onde se iniciou a exploração de ouro. Na comunidade do Pires é onde se encontra as principais empresas de exploração de minérios de ferro do município como a Vale, CSN, J. Mendes e empresas transportadoras como São Geraldo e Vito.

O Pires é recortado pela BR040 sendo um dos locais onde acontecem mais acidentes devido ao trânsito intenso de carretas das mineradoras. O bairro é também atravessado pela ferrovia do aço de uso da MRS logística que faz o transporte do minério a ser exportado.

No distrito do Pires esta localizada a unidade de atenção primária à saúde (UAPS) do PSF que abrange ainda mais seis distritos também rurais e vizinhos como Barnabé, Mineirinha, Campos Altos, Esmeril e Barra de Santo Antônio, sendo estes dois últimos rurais mas não vizinhos.

O bairro do Pires faz divisa entre os municípios de Itabirito e Ouro Preto. O Mota é um distrito de Ouro Preto e vizinho do Pires (dista 1,5km), o que leva a um constante atrito entre sua comunidade e a equipe de PSF/Pires, já que não são atendidos pela ESF/Pires, pois não há pactuação entre os municípios; e a unidade de saúde de Ouro Preto mais próxima encontra-se em Miguel Burnier que esta há 8km, sendo que os moradores do Mota são atendidos no PSF/Pires somente nos casos de urgências.

Na comunidade do Pires a água de abastecimento não é tratada nem fluoretada mas em algumas casas ela é canalizada. Em outras o fornecimento é feito por cisternas ou poços. O esgoto é despejado em sua maioria no rio ou em fossas. A maioria das casas é de alvenaria, porém algumas inacabadas há um grande número de ruas sem pavimentação.

O PSF do Pires foi instalado no ano de 2000 em local alugado (casa), com instalações precárias, mas no ano de 2002 por motivo político a então gestão municipal resolveu acabar com o programa. No ano de 2004 foi novamente aberto só que como PACS e em dezembro de 2005 tornou-se PSF em uma antiga e desativada escola, também em local inadequado com telhado quebrado com infiltrações, paredes trincadas. No ano de 2006 a prefeitura alugou uma casa melhor que a estrutura antiga, porém ainda inadequada, mas em novembro de 2007 foi inaugurada a sede própria da UAPS/SF Pires. Unidade ampla com 200m² com todas as dependências necessárias. Esta unidade esta situada à rua Antônio F da Costa s/n.

4.2 Caracterização da área:

O município de Congonhas em Minas Gerais se destaca por seu aspecto histórico e econômico. Histórico pelas suas obras barrocas entre elas as do mestre Aleijadinho e mestre Ataíde. No setor econômico por suas jazidas minerais principalmente o minério de ferro fonte de grande riqueza para o município, estado e nosso país.

A comunidade do Pires é o distrito onde se localiza as principais jazidas de minério de ferro e da principal área de exploração mineral do município, atualmente com aproximadamente 3000 pessoas, a comunidade se apresenta como carente e com diversos determinantes ambientais e sociais que a classificam como população vulnerável.

Na comunidade se verifica ausência de água tratada e fluoretada, rede de esgoto e saneamento básico precários.

No que se refere à saúde bucal assim como no levantamento epidemiológico SB-Brasil 2003, a comunidade do Pires apresenta sua população escolar com indicadores odontológicos estáveis e dentro dos parâmetros da OMS. Já sua população adulta apresenta com grandes carências à tratamentos odontológicos restauradores, cirúrgicos, protéticos.

No serviço em questão é constatada uma sobrecarga e grande procura pela população adulta pelo serviço.

No município não contamos com centro de especialidades odontológicas (CEO), ou seja, no município realiza-se somente atenção primária sendo a atenção especializada realizada somente no setor privado. O município conta com 10 equipes de ESF com saúde bucal e um PACS. Para a área do PACS há o atendimento odontológico pela clínica central (policlínica).

Atualmente no setor de odontologia não contamos com mecanismos de monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, sendo difícil monitorar e verificar a verdadeira realidade da população adulta do município, além de não termos nenhum levantamento epidemiológico de saúde bucal dessa faixa etária.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A odontologia no Brasil apresenta como uma área que a cada dia se desdobra tanto no seu nível técnico quanto tecnológico. Somos um país com número considerável de dentistas, mas onde os problemas bucais como, cárie e doença periodontal ainda são problemas de saúde pública (LOSSO, 2009).

Tal fato foi confirmado pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio(PNAD), realizada pela pelo IBGE em 2008. Através dela, constatou-se que 11,7% da população brasileira nunca tiveram uma consulta odontológica (IBGE, 2008; PANTANO e SALOMÃO, 2010). Em contrapartida, a população de cirurgiões dentistas cresce anualmente cerca de 5,7%, enquanto o crescimento anual da população brasileira é de 1,6% (AGRIPINO, 2007)

O levantamento SB- Brasil realizado em Minas Gerais em 2003 aponta alguns dados sobre a situação da saúde bucal em nosso estado (MINAS GERAIS/ SES,2007).

Em relação à cárie dentária, quase 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo comprometido por cárie, sendo que aos 05 anos essa proporção aumentou para 52,3%. O índice CPOD aos 12 anos foi de 2,01; nos adolescentes (15 a 19 anos) foi de 5,90; nos adultos (35 a 44 anos) foi de 20,78 e nos idosos (65 a 74anos) foi de 29,19.

Em relação à perda dentária, aos 18 anos 4% já estavam completamente desdentados. Entre os adultos, 17,3% não possuíam nenhum dente funcional, e, desses, 27,7% necessitavam de, pelo menos, uma prótese total removível (superior ou inferior). Apenas 55,9% dos adultos possuíam no mínimo 20 dentes. Entre os idosos a situação é bastante crítica: de um total de 32 dentes, 28 dentes já foram perdidos, em média, por pessoa. Somente 5,5% possuíam no mínimo 20 dentes e 72,3% eram desdentados sendo que, destes, 55,9% necessitavam de pelo menos uma prótese total removível.

Dados relativos à condição periodontal mostraram que apenas cerca de 18,0% dos adultos e 4,0% dos idosos apresentaram gengivas saudáveis, isto é, sem sinais de doença periodontal. O cálculo dental foi a condição mais observada entre esses dois grupos etários. Também foi observada a presença de bolsa periodontal igual ou maior que 4 mm em 13,3% dos adultos e 5,1% dos idosos.

Do total de pessoas entrevistadas, 6,7% relataram nunca ter ido ao dentista, com percentuais de 10,6%; 2,3% e 4,3% nos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, respectivamente.

A tabela 1 compara os dados de Minas Gerais com os da região sudeste e também com as metas da organização Mundial de Saúde:

TABELA 1. DADOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS COMPARADOS AOS DA REGIÃO SUDESTE E METAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL AS SAÚDE – OMS/FDI PROJETO SB- BRASIL EM MINAS GERAIS					
	PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 5 ANOS LIVRES DE CÁRIES	CPOD AOS 12 ANOS	PROPORÇÃO DE ADOLESCENTES (18anos) COM TODOS OS DENTES	PROPORÇÃO DE ADULTOS COM 20 OU MAIS DENTES	PROPORÇÃO DE IDOSOS COM 20 OU MAIS DENTES
META OMS	50%	MENOR QUE 3	85%	75%	50%
SB- REGIÃO SUDESTE	44.9%	2,30	66.5%	62.4%	9,3%
SB MINAS GERAIS	47,7%(CEO=0) 46,5%(CEO E CPOD=0)	2,01	72,5%	55,9% E 17,3% DE DESDENTADOS	5,5% E 72,3% DE DESDENTADOS
FONTE: CESBMG (2005)					

Pela tabela acima pode se verificar que os dados das primeiras faixas etárias estão próximos dos indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), mas à medida que a população envelhece os indicadores pioram. Pode se supor que tal fato se deve ao modelo incremental adotado até a poucos anos (AGRIPINO, 2007; SALOMÃO e PANTANO, 2010; SES/MG 2007); que priorizava os escolares e aos adultos somente eram lhes oferecido atendimentos emergenciais.

A saúde bucal pública, que neste período de predominância do modelo incremental, foi destinada basicamente à população escolar e ao atendimento às urgências dos demais grupos populacionais, teve sua inclusão no PSF incentivada pelo Ministério da Saúde somente a partir do ano de 2000 (Ministério da Saúde, 2001; Diário Oficial da União, 2001, 2003a, 2003b), ampliando o acesso dos usuários às ações básicas de saúde bucal, imprescindível para uma melhor qualidade de vida.

Silveira Filho (2002), Narvai (2000) e Cordon e Garrafa (1994), relatam que frente a esse quadro deve se rever técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal ainda enraizadas no modelo incremental de atenção aos escolares, profundamente marcada pelo

preventivismo com o conceito de “geração perdida”, absolutamente conflitante ao princípio de equidade.

Segundo a Linha Guia da Atenção em saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) os resultados do SB- Brasil apontam para uma tendência ao controle da cárie e doença periodontal em escolares, mas ainda com necessidade de atenção ao grupo de polarização, em detrimento do restante da população, que se apresenta com grande demanda por ações integrais de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (SES/MG 2007).

Diante do exposto, a odontologia no sistema de saúde pública deve trabalhar e se empenhar para contribuir para formação de uma rede integral de atenção em saúde bucal a partir da organização da atenção primária (BELO HORIZONTE ESP/MG, 2008; SMS/BH,1998a). E para organização desta faz-se necessário a instituição de instrumentos que norteiam a organização, pautada a partir dos princípios do SUS e dentro de um modelo não centrado apenas na assistência à doença, mas, principalmente, na promoção de saúde e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Acima de tudo, melhorar as condições de saúde bucal da população do estado com equidade (NARVAI, 2000; SES/MG 2007).

A organização do processo de trabalho, das equipes de saúde bucal inseridas no PSF, com vistas à reorientação de modelo de assistência à saúde bucal prestados à comunidade é uma premissa. Essa organização deve ser focada nos princípios do SUS (CARNEIRO JÚNIOR e SILVEIRA, 2003). Tais princípios são amplamente conhecidos: O primeiro deles é a universalidade, ou seja, deve constituir-se de maneira acessível a todos os cidadãos brasileiros. Da maneira como habitualmente pensamos organizar a clínica odontológica as ações coletivas em saúde bucal; geralmente voltadas apenas para crianças em fase escolar, algumas vezes atendendo às gestantes, outras vezes oferecendo às demais faixas etárias acesso apenas a serviços de urgência e emergência não estamos cumprindo esse princípio.

Daí a necessidade de organizarmos nossa Atenção em Saúde Bucal, através de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizar a gestão da clínica (PUCCA.JÚNIOR, 2006; PDAPS, 2008 SES/MG, 2007).

Segundo Antônio Dercy Silveira Filho (2002) , quando os serviços conseguem apropriar desta tecnologia, e priorizarem de maneira compartilhada com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiam. Fazendo valer também outros dois princípios do SUS: a equidade e o controle social.

A equidade nas implementações de políticas significa não tratar de forma igual os desiguais, uma vez que a idéia de igualdade não se sustenta em si, mas impregnada de valores morais e historicamente contextualizada (RAWLS,1992; VITA, 2002). Assim, a equidade promoverá ações aos grupos diferenciados em suas demandas e necessidades de diferentes maneiras, organizando programas que privilegiem alguns grupos populacionais identificados como mais despossuídos (PORTO, 1995).

Promover equidade no acesso à saúde bucal significa fortalecer um conceito de saúde que vai além das definições tradicionais voltadas apenas para critérios de morbidade/mortalidade e que seja centrado na promoção de qualidade de vida. Significa um investimento no processo de inclusão social, na melhoria dos níveis nutricionais e da saúde geral dos indivíduos e um resgate de um direito básico de cidadania segundo Mendes (2001). Não se pode perder de vista que as principais mudanças nos padrões de prevalência das doenças crônicas, como no caso de cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal, estão ligadas principalmente à melhoria da qualidade de vida, relacionada a fatores como educação, condição de trabalho e moradia, saneamento, renda, etc (SENNA, 2002).

Na observância da equidade, tratar os diferentes de forma diferente, Segundo Agripino (2007) passa pela adoção de uma política baseada no equilíbrio entre uma abordagem populacional, com ações direcionadas para toda a população, e uma abordagem de risco que priorize grupos e indivíduos sob maior risco ou necessidade, com vistas à universalização da atenção.

Para efetivação desse conceito e sua aplicação nas rotinas dos serviços de saúde deve se ter um fortalecimento das comunidades no processo de definição de prioridades e necessidades, tomada de decisões e desenvolvimento de redes sociais segundo Almeida (2010).

Para que se tenha esse resgate da equidade no acesso da atenção integral em saúde bucal passa se previamente pela formação de uma rede de atenção coordenada pela atenção primária, que abranja todas as especialidades e apoios logísticos e diagnósticos necessários (PDAPS, 2008).

5.1 Critérios de risco

Os serviços de odontologia avançaram muito nas últimas décadas, mas a melhora da condição de saúde bucal do brasileiro não acompanhou na mesma proporção que estes avanços.

A demora da saúde bucal como uma política de saúde pública muito contribuiu para este fato. A inserção da odontologia na estratégia saúde da família se deu no ano de 2000 (MINISTÉRIO SAÚDE, 2001;2003a, 2003b). A adoção como política nacional se viabilizou em 17 de março de 2004 com a criação do Brasil Sorridente.

A instituição de uma política nacional de saúde bucal veio com o anseio de mudança nas condições de saúde bucal do brasileiro, uma situação que era excludente, ou seja, a maior porção da população brasileira não tinha acesso aos serviços oferecidos pela odontologia moderna. Segundo Gilberto Alfredo Pucca Jr., Coordenador Nacional de Saúde Bucal, (2005).

Com o intuito de modificar o passado da odontologia pública e que era excludente, o ministério da saúde adota através da portaria 1444 de 28/12/2000 e portaria 267 de 06/03/2001 a inserção da odontologia no então Programa Saúde da Família. Com isso os princípios do SUS começam a se tornar mais possíveis de serem alcançados na prestação de serviços odontológicos.

A odontologia nesse momento se mostra mais universal, mesmo com sua limitação de implantação de 2:1 em relação a cada equipe de saúde da família estabelecida. Mas este limitante foi ultrapassado quando em 2003 é publicada a Portaria 673 que equipara a instalação de equipes de saúde bucal na proporção de 1:1 em relação de equipes de saúde da família.

O desafio no momento é a organização da demanda que a muito se encontra reprimida. O grande sufocador de toda agenda programada da atenção primária é a população adulta que ao longo da história só lhe era oferecida consultas de urgência com medidas um tanto quanto mutiladoras com procedimentos cirúrgicos de exodontia, (SILVEIRA FILHO, 2002)

Para tanto se faz necessário uma maior interação dos profissionais da odontologia com os demais membros da equipe saúde da família, para busca e reconhecimento de seu território de atuação, ou seja, sua área adscrita, reconhecimento das áreas e das famílias de risco dentro dessa área, (MINAS GERAIS SES/MG, 2007)

Para que o modelo assistencial zele pelos princípios do SUS, seja eficiente, eficaz e resolutivo, sua oferta de vagas programadas deve se pautar na equidade. (SILVEIRA FILHO, 2002)

A adoção de classificação de prioridades se faz necessária porque pode não ser possível oferecer a atenção individual programada a toda população adscrita de forma imediata. (MINAS GERAIS SES/MG, 2007)

A universalidade da atenção deverá sempre ser o objetivo dos serviços, e a priorização representa um primeiro momento do planejamento do atendimento programado. (MINAS GERAIS SES/MG, 2007)

Segundo a Linha Guia de Atenção em saúde bucal (SES/MG, p.222. 2007), o planejamento do atendimento, deve ser realizado com seleção da população que será priorizada para a atenção clínica programada em saúde bucal. Ainda na mesma Linha Guia, salienta que deve se definir qual classificação de risco a se seguir, determinar o fluxo de atendimento e priorização do atendimento programado individual.

A priorização significa quem serão as pessoa ou grupos a serem incluídos inicialmente no atendimento individual programado, de forma a receber a atenção integral de que necessitam e qual critério será usado. Priorizar o atendimento individual programado não significa que a população priorizada terá a atenção exclusiva em saúde bucal.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de protocolos clínicos.

Os objetivos de classificar riscos segundo o Plano Diretor da Atenção Primária à saúde (SES/MG) é humanizar e personalizar o atendimento, estabelecer a prioridade de atendimento do usuário de acordo com a gravidade do caso, além de determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo com a gravidade ou necessidade de atendimento de cada caso, e também o objetivo de prestar informações adequadas ao usuário/ familiares (PDAPS, 2008).

Enfim quando os serviços conseguem apropriar-se desta tecnologia, e priorizarem de maneira compartilhada com a comunidade suas prioridades, o benefício será amplo e para todos do sistema ao usuário (SILVEIRA FILHO, 2002).

A necessidade de organização do processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2008), na atenção primária dentro do serviço de odontologia, com utilização de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizar a gestão da clínica, é urgente para universalização do acesso; acesso esse da demanda programada, e que deve se pautar no princípio da equidade.

Exercer o princípio da equidade, orientando para que, em caso de necessidade de priorização de atendimento, seja feita a priorização de acordo com critérios de risco ou necessidade, ou seja, priorizando os usuários mais necessitados (SES/MG, 2007).

A utilização de instrumentos que operacionalizem esse critério da equidade é ideal para legitimação desse objetivo nas comunidades, segundo Silveira Filho (2002).

Dentre os instrumentos encontrados na literatura, destaca-se a classificação de risco familiar segundo parâmetros do Plano Diretor da Atenção Primária à saúde proposta pela SES/MG. O referido instrumento leva em consideração os aspectos ambientais, sociais e patológicos de cada família. Segundo essa proposta o que se verifica é que ela classifica o risco do paciente segundo sua patologia sistêmica. A classificação de risco familiar é um pouco mais útil para as atividades da equipe de saúde bucal, pois apesar de não quantificar nem avaliar o risco odontológico individual ela classifica a família e o indivíduo dessa família segundo aspectos sociais e ambientais, muito importante para planejamento de oferta de vagas da agenda programada no serviço odontológico da UAPS. As famílias e indivíduos são classificados em: Sem risco, baixo risco, médio risco e alto risco (PDAPS, 2008).

A SES/MG sugere na Linha Guia de saúde Bucal uma classificação de risco individual, que pode ser feita em 3 riscos, assim denominados R_1 , R_2 , R_3 , onde R_1 e R_2 são riscos assim classificados para aqueles usuários com patologias bucais instaladas tendo como fator diferenciador a sintomatologia e o aspecto emergencial avaliado pelo profissional. Nessa classificação a prioridade de atendimento segue R_1 , R_2 , R_3 , nessa ordem de preferência no atendimento programado (SES/MG, 2007 p.102-103).

Outro instrumento utilizado para classificação de risco odontológico individual é a tabela de critérios para a codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal utilizado pela secretaria municipal de Belo Horizonte (RONCALLI, 2000). A utilização dos critérios para a codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal utilizado pela secretaria municipal de Belo Horizonte é outro instrumento, específico da odontologia, que

pode ser utilizado como critério de se tornar equânime o acesso dos adultos aos serviços programados de odontologia (PALMIER *et al.*, 2008; RONCALLI, 2000; SMS/BH,1998b).

A seqüência de prioridades com base nesta avaliação é feita pela ordem: 3, 2, 1, 5,4 e 0 (Belo Horizonte, 1998a).

Códigos	Critérios
0	Não apresenta dente permanente e/ ou temporário com cavidade; não necessita de restauração ou extração.
1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
2	Apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
3	Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada.
5	Apresenta a cárie dentária sob controle; a doença periodontal apresenta-se como o maior problema.

* Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda

FONTE: PALMIER *et.al* pag. 14 (2008)

6 DISCUSSÃO

Quando consideramos a proposta de classificação da SES/MG, sugerida pela Linha Guia na prática diária da atenção primária odontológica, verificamos que mais de 70% da população se enquadra nos riscos R_1 e R_2 . Sendo assim segundo esses parâmetros podemos dizer que é apavorante para o profissional da atenção primária poder organizar tal demanda. Outro problema nessa classificação, visível a uma análise pouco mais profunda, é a impossibilidade de quantificar o problema, ou seja, mostrar ao profissional além do risco, quanto tempo o mesmo irá disponibilizar para resolutividade caso de cada usuário.

Na tabela para a codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal utilizado pela secretaria municipal de Belo Horizonte podemos perceber certos avanços quando comparada com o instrumento proposto pela SES/MG, na Linha Guia. A tabela em questão além de determinar o risco individual proporciona ao profissional uma quantificação do problema, ou seja, com sua utilização ele pode mensurar seu plano de tratamento e planejar melhor sua resolutividade, melhorar e programar sua oferta de vagas programadas dentro do seu processo de trabalho.

A proposta de classificação de risco familiar e individual de patologias, proposta nas oficinas 3 e 5 da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à saúde da SES/MG, não foi elaborada especificamente para os serviços de odontologia, mas é importante para resolução do quadro sistêmico do usuário.

7 DADOS DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Para elaboração desse trabalho foram utilizados além dos dados da literatura, dados da ESB da UAPS/Pires do município de Congonhas. Dados que são um consolidado dos atendimentos prestados nesta unidade, informações coletadas através do mapa de produção diária (apêndice fig 3).

O consolidado a seguir se estrutura em uma avaliação periódica mensal iniciando no dia 5 e encerrando no dia 5 do mês subsequente (ex. junho a julho); o período de dezembro a janeiro não está citado devido a férias da ESB. Os dados analisados são consultas iniciais, consultas de urgências, todos esses critérios divididos por faixas etárias. Outros critérios analisados são números de faltas, tratamentos cancelados, número de usuários com necessidades de próteses fixas e móveis, número total de atendimentos realizados no período, quantidade de tratamentos encerrados, os dias trabalhados no período e média de procedimentos realizados por dia.

TABELA 2. CONSOLIDADO DA PRODUÇÃO MENSAL DE ODONTOLOGIA UAPS/ PIRES. JUNHO DE 2009 À MARÇO 2010

2009-2010	JUNHO À JULHO	AGOSTO À SETEMBRO	SETEMBRO À OUTUBRO	OUTUBRO À NOVEMBRO	DEZEMBRO À JANEIRO	JANEIRO À FEVEREIRO	FEVEREIRO À MARÇO
Nº DE ATENDIMENTOS	128	193	177	185	173	148	184
FALTAS	10	19	16	6	28	22	31

TABELA 3. AVALIAÇÃO DE 1º CONSULTA POR FAIXA ETÁRIA NO PERÍODO DE JUNHO DE 2009 A MARÇO DE 2010

2009-2010	JUNHO À JULHO	AGOSTO À SETEMBRO	SETEMBRO À OUTUBRO	OUTUBRO À NOVEMBRO	DEZEMBRO À JANEIRO	JANEIRO À FEVEREIRO	FEVEREIRO À MARÇO
CONSULTAS INICIAIS	32	17	35	31	28	23	54
FAIXA ETARIADE 0 À 9 ANOS	6	10	19		14	6	8
FAIXA ETARIADE 10 À 14 ANOS		5	12	4	5	9	12
FAIXA ETARIADE 15 À 19 ANOS	2	1	3	5		2	5
FAIXA ETARIADE 20 À 59 ANOS	23	1	1	20	9	5	26
FAIXA ETARIADE MAIOR 60 ANOS	1	-	-	1	-	1	1
TRATAMENTOS CANCELADOS	-	-	-	-	-	2	1
DIAS TRABALHADOS	9	16	14	21	20	17	19
Nº DE ATENDIMENTOS	128	193	177	185	173	148	184
FALTAS	10	19	16	6	28	22	31

As tabelas de consolidados de atendimentos diários da equipe ESF/Pires nos confirma os dados levantados no SB-Brasil 2003:

Segundo esses dados verifica-se que o maior número de urgências da unidade é de adulto. Apesar de em alguns períodos o número de oferta de consultas iniciais para os adultos serem maior que as demais faixas etárias, as urgências em sua maioria continuavam sendo originadas de necessidades dos adultos, que sobrecarrega a unidade no anseio de se conseguir sua vaga pra o atendimento programado.

TABELA 4. AVALIAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA POR FAIXA ETÁRIA, DE JUNHO DE 2009 A MARÇO DE 2010

2009-2010	JUNHO À JULHO	AGOSTO À SETEMBRO	SETEMBRO À OUTUBRO	OUTUBRO À NOVEMBRO	DEZEMBRO À JANEIRO	JANEIRO À FEVEREIRO	FEVEREIRO À MARÇO
FAIXA ETÁRIA DE 0 A 9 ANOS	6	14	12	11	4	5	8
FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS	4	6	4	3	5	1	1
FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS	3	6	3	10	3	6	2
FAIXA ETÁRIA DE 20 A 59 ANOS	17	30	24	32	34	27	21
FAIXA ETÁRIA MAIOR 60 ANOS		4	1	1		3	
TNº TOTAL DE PROCEDIMENTOS	320	445	416	581	488	1055	542
MÉDIA DE PROCEDIMENTOS/ DIA	35.55	27.81	29.71	27.66	24.40	62.05	28.52
NECESSIDADE DE PRÓTESES	20	30	15	22	24	20	18

*fonte: cdao da unidade 2009-2010 (unidade tipo II, 1 CD, 1ASB, 1THD)

Com o início das atividades de saúde bucal dentro da ESF, a equipe buscou amenizar a situação melhorando o acesso aos usuários do bairro. Para melhorar esse acesso buscou se junto à equipe várias formas de garantir o acesso aos serviços odontológicos. A princípio foi utilizado a demanda espontânea que logo sobrecarregou a ESB. Foi tentado também um cadastro com todos interessados junto às agentes comunitárias, onde as vagas ao tratamento eram concedidas de acordo com a data do cadastro.

Todos esses critérios apresentaram muitas falhas junto à equipe e junto à comunidade que reclamava bastante pela demora do início do tratamento. Outro fator desestimulador tanto para comunidade quanto para a equipe é a falta de equidade nas formas de acesso adotadas.

Para resolução desses problemas foi adotado pela equipe a classificação de risco odontológica para todos os usuários adultos da demanda espontânea, já que as crianças na faixa etária escolar tem seu atendimento garantido no município.

Junto a essa classificação de risco odontológica utilizou se também a classificação de risco ambiental e patológica feita por família dentro da área de abrangência da UAPS, proposta pelo PDAPS.

Com a classificação de risco odontológica os usuários são classificados em R0, R1,R2,R3,R4 e R5, onde a prioridade ao tratamento se faz R5, R4,R3,R2,R1,R0.

Outro instrumento de auxílio na organização dessa demanda programada é o quadro de cobertura odontológica por micro área. Nesse quadro as pessoas de cada micro área são representadas por alfinetes coloridos e agrupados por famílias e por faixa etária.

No quadro as cores dos alfinetes representam quem já foi atendido quem não foi atendido. As pessoas podem ser marcadas com seu risco, as que já receberam alta no tratamento, os grupos prioritários como gestantes, portadores de necessidades especiais, enfim ele pode ter várias utilidades, como instrumento de monitoramento quanto de planejamento de ações nos serviços de odontologia na UAPS.

As reuniões com equipe e comunidade são importantíssimas para êxito na implantação e adoção de tais critérios de organização dessa demanda. A participação do conselho local de saúde junto à equipe legitima e respalda essas ações junto a comunidade.

8 CONCLUSÃO

Na odontologia a melhora da assistência, passa pela capacitação profissional, utilização de novas tecnologias que adaptem nosso processo de trabalhos de forma que nunca percam de rumo os princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade sempre pautadas na participação popular. Neste sentido, a utilização da classificação de risco em suas variações é o que se tem de melhor para organização do processo de trabalho dentro da demanda programada. Quanto mais os profissionais da odontologia se envolver com a comunidade e os demais membros da equipe saúde da família mais se apropriarão do serviço e aumentarão seu vínculo com a comunidade, facilitando as estratégias adotadas para organização da demanda. Assim podemos concluir que o uso de instrumentos para classificar os riscos dos usuários dos serviços públicos de saúde é importante para organização do processo de trabalho, melhora da oferta de vagas para demanda programada. Essa verdade se aplica também para os serviços de odontologia. Independente de qual ou quais instrumentos a serem utilizados em nosso dia-a-dia para um sistema odontológico público e integrado à estratégia saúde da família. Assim poderemos ter uma prestação de serviço universal e equânime, ao utilizarmos a classificação de risco para organização da demanda programada.

9 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de um plano de intervenção tem como objetivo solucionar o problema da demanda programada da UAPS/ Pires.

A solução do problema da demanda programada advém do resultado de soluções de vários nós críticos elencados nessa proposta de intervenção.

PROBLEMA	AÇÃO	RESPONSÁVEL	RECURSO/MEIOS	PRAZO
Falta de co-responsabilização da equipe saúde da família no problema de oferta de vagas para tratamento odontológico junto à saúde bucal	Sensibilização junto à toda equipe que os problemas da saúde bucal são problemas de toda equipe saúde da família, e que todos são responsáveis por sua resolução.	Profissionais da saúde bucal da unidade, coordenação municipal de odontologia	Materiais áudio visuais, reunião de equipe, oficinas com dinâmicas com o grupo.	15 dias
Insatisfação da comunidade (adultos) por ofertas de vagas para tratamento	Reuniões com a comunidade ou conselho local de saúde ou lideranças da comunidade expondo o problema (oferta de vagas) e as possíveis propostas para solução desse problema	Toda equipe saúde da família do bairro	Áudio visual, parcerias intersetoriais para divulgação como escolas, igrejas, radio, jornal local.	12 meses.
Diagnosticar a demanda população adulta	cadastro familiar junto as agentes comunitárias	equipe saúde bucal	fichas “a” e consolidados de cada acs	30 DIAS
Quais as famílias de risco social, ambiental e patológico	Levantar junto ao responsável pela equipe saúde da família e com as ACS as famílias de risco, aplicar oficina 3 do PDAPS	Toda equipe com participação exclusiva das ACS	Material da oficina 3 plano diretor da atenção primária à saúde (classificação de risco familiar), prontuários de cada família	45 dias
Quantificar as famílias e indivíduos segundo risco odontológico.	Aplicar o quadro de critérios para codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal usado pela secretaria de saúde Belo Horizonte	Cirurgião Dentista de Equipe	Exames clínicos da unidade (espelho e espátula de madeira descartável)	30 dias

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DEMANDA PROGRAMADA:

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DEMANDA PROGRAMADA:

PROBLEMA	AÇÃO	RESPONSÁVEL	RECURSO/ MEIOS	PRAZO
Organizar a agenda de forma a cumprir metas programadas	Utilização do programa “Planilha de programação” oficina 4 do PDAPS	Cirurgião dentista da equipe saúde da família	Programa “Planilha de programação equipe saúde bucal”, computador	90 dias
Ausência de protocolos clínicos	Criação de protocolos clínicos	Coordenação de odontologia do município.	Humanos do setor	90 dias
Ausência de monitoramento dos serviços prestados na unidade	Monitorar as ações através de instrumentos criados pela equipe e dos já existentes*	Profissionais da Saúde bucal da unidade e coordenação de odontologia do município	Computador, material de papelaria	60 dias
Compartilhamento com a comunidade dos resultados alcançados	Compartilhar resultados obtidos e avaliados através do monitoramento com toda equipe e com a comunidade.	Toda equipe de saúde da família	Da unidade, reuniões com equipe comunidade e seus representantes, jornal local.	mensal

*No apêndice estão expostos os “quadros de controle de cobertura odontológica”, instrumento utilizado para acompanhamento da cobertura de serviços por micro-área. Além de se prestar para orientar a equipe no planejamento de ações e estipular metas além de outras possíveis funções. Outro instrumento utilizado é um caderno dividido por agente comunitária para anotação dos usuários da demanda espontânea que são classificados segundo o risco odontológico, neste caderno é anotado nome endereço idade data da classificação do risco e o risco propriamente dito. Estes dados são utilizados para agendamento dos usuários priorizando segundo o risco.

10 REFERÊNCIAS

AGRIPINO, G.G.; et.al. A odontologia e o programa saúde da família: novos desafios e perspectivas. **Odontologia. clin.-científ.**, Recife, 6 (3): 213-218, jul./set., 2007.

ALMEIDA, A.B.; ALVES, M.S.; LEITE, I.C.G.. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único da saúde. **Revista A.P.S.**, Juiz de Fora, v.13, nº1, p.126-132, jan./mar. 2010.

ARAÚJO, M.E.. Palavras e silêncio na educação superior em odontologia. **Ciência Saúde Coletiva**. v.11(1),p.179-82, jan/mar, 2006.

BELO HORIZONTE. Escola de Saúde pública do estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da atenção primária à saúde – Oficina 1 Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008

BELO HORIZONTE. Escola de Saúde pública do estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da atenção primária à saúde – Oficina 3 Diagnostico local**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008

BELO HORIZONTE. Escola de Saúde pública do estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da atenção primária à saúde – Oficina 5 Acolhimento e classificação de risco**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações sobre desenvolvimento da atenção odontológica na rede básica**. Belo Horizonte, 5p. 1998 a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Processo de reorganização da atenção secundária na odontologia**. Belo Horizonte, 9p, 1998b.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n.1444/GM, de 14 de dezembro 2000 **Diário Oficial da União**, 2001

BRASIL. Portaria nº 267/ GM, de 6 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, 2001

BRASIL. Portaria nº 396/GM, de 4 de abril de 2003. **Diário Oficial da União**, 2003 a.

BRASIL. Portaria nº 673/ GM, de 3 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, 2003.b

CARNEIRO JÚNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2003,19 (6): 1827-1835, Nov.dezembro.

CORDON & GARRAFA (1991: 10-6) In: NARVAI, P. C.. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. HUCITEC. São Paulo, SP; 1994 (100:02).

COSTA, E. M. A. ; Carbone, M.E.. **Saúde da Família : uma abordagem interdisciplinar**. RUBIO. P.8-9,2004.

FARIA, H. *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde:Unidade Didática I mod1**. Belo Horizonte:editora UFMG, 2008.

FARIA, H *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde:Unidade Didática I mod2**. Belo Horizonte: editora UFMG,2008.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas). **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios – 2008**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em:10/05/2010

LOSSO E. M.; TAVARES, M.C.; SILVA, J.Y.; URBAN, C.A. Severe early childhood caries: an integral approach. **J Pediatr** Rio de Janeiro 2009; 85(4):295-300.

MENDES, E. V.. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Editora ISC – Casa da Saúde; Coleção Saúde Coletiva IV, Tomo I e II; 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal..-2.ed.** - Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.290 p.Saúde bucal - Atenção primária. I.Título

NARVAI PC; Castellanos RA; Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev Saúde Pública**, 34(2):196-200, 2000.

PALMIER, A. C. *et al.*, **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Unidade Didática I mod1. Belo Horizonte:editora UFMG, 2008.

PORTO, S. M.. **Justiça social, equidade e necessidade em saúde**. In: Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para Gestão em Saúde (S. F. Piola & S. M. Vianna, org.), Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada,1995, pp. 123-140

PUCCA JÚNIOR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Saúde e Ciência saúde Coletiva. Vol1,nº1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2006.

RAWLS, J.. **Justiça como equidade: Uma concepção política não metafísica**. Lua Nova, P.25-59,1992.

RONCALLI, A. G.. **A Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. Tese Doutorado. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.

SALOMÃO, G. , PANTANO, M. Prevenção é a chave para garantir qualidade de vida. **APCD JORNAL**, São Paulo, maio 2010, nº637, p.14.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Caderno de Saúde Pública** ; 18(suplemento) 203-211,2002.

SILVEIRA FILHO, A. D. A Saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a pratica. **Revista Brasileira de saúde da Família** ,n 6, Dez. 2002.

VITA, A.. **A tarefa prática da filosofia política John Rawls**. Lua Nova, 1992 p. 5-24

APÊNDICE



Fig 1. cobertura de área separado por micro área



Fig 2. cobertura de área separado por micro área, por famílias, por faixa etária.

Observar onde são demarcados pacientes de acordo com seu risco, situação de saúde como gestação e se já recebeu alta do tratamento odontológico.



Fig 3 mapa de produção.